

都道府県

医療記録

総合病院 厚生中央病院 病院長

※請求書記載の請求者住所と同一にしてください

※太枠内のみ記入してください

折り線>

西暦 20 年 月 日付受け付けた、受診者 様の

医療記録開示申請に対して、以下の通り取り扱うこととしましたので通知します。

1 開示取り扱いの種別

☐申請の全部を開示 ☐申請の一部を開示 ☐非開示

2 非開示とする内容

(一部開示、非開示の場合)

☐ 検査所見記録

☐ 医療画像

☐ 看護・助産記録

☐ その他（ ）

3 開示しない場合の理由

(一部開示、非開示の場合)

4 受取、開示の日時・場所

□写しの受取：本書発行日より3ヶ月以内にお越しく下さい。

場所：当院1階、文書窓口

□閲覧 日にち：西暦20 年 月 日

時 間：午前・午後 時 分より1時間以内

場 所：当院（1階文書窓口にお越しく下さい）

5 担当部署

医事課（担当者： ）
電話番号： 03-3713-2141（内線2101）

6 請求金額

円 ☐ 非開示のため請求なし

7 備考

- ・ 写しは申請者本人に限り手渡しします。郵送は致しません。
- ・ お支払いは現金のみになります。
- ・ 写しをお受け取りにならなくても、請求金額の全額をお支払いいただきます。
- ・ ご本人確認書類は別紙を参考にお引き取りの際に必ずご用意ください。不足の場合はお渡しできません。