

年 月 日

刈谷豊田総合病院長 殿

刈谷豊田総合病院 登録施設 諸記録閲覧申請書

私は、刈谷豊田総合病院の診療記録、または病院記録について閲覧を希望します。
 閲覧で知り得た情報の利用に際しては、匿名化する事を誓約します。

登録施設番号	K T ー
フリガナ	
医療機関名	
フリガナ	
閲覧者氏名	印
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
電話番号	
閲覧希望記録	<input type="checkbox"/> 診療記録 ・ <input type="checkbox"/> その他病院記録 (<input type="checkbox"/> 病院日誌 ・ <input type="checkbox"/> 実績)
閲覧目的	<input type="checkbox"/> 経過観察のため <input type="checkbox"/> 研究のため <input type="checkbox"/> その他 ()
閲覧希望日	年 月 日 時～ 時予定
(閲覧希望患者氏名・生年月日、記録閲覧理由、閲覧対象期間等) ※閲覧希望患者は、別紙による添付可。	

※ 個人情報及び個人情報が記録された資料や記録媒体は目的以外使用しないこと。

(当院記入欄)

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 登録施設カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
確認した記号番号等	
	センター長
	受付