

診 療 記 録 閲 覧 依 頼 書

令和 年 月 日

大阪市立総合医療センター病院長 様

所属名 _____

所在地 _____

所属長 _____[Ⓜ]

大阪市立総合医療センターにおける診療記録閲覧のため、下記の者の取扱いをお願いします。

1. 期 間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

2. 来院頻度 週・月に _____ 回程度

3. 氏 名 _____

4. 診療記録閲覧理由及び目的

詳細に記入してください。（別紙添付でも可）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....