

診療記録等開示申請書

平成 年 月 日

中嶋病院
院長 富永 剛 殿

当患者について、下記のとおり申請いたします。

太枠の中を御記入ください。

※請求者は必ず自署してください。
患者様本人が請求者の場合は氏名のみご記入ください。

開示を求める患者情報	
ふりがな	
患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
住所	〒 _____ ー _____
電話番号	

開示を請求する者(請求者)	
ふりがな	
氏名	(印)
患者との関係	
住所	〒 _____ ー _____
電話番号	

※開示準備終了後、こちらの連絡先へご連絡致します。

1. 請求する診療記録等の内容と期間

<input type="checkbox"/> 診療録	<input type="checkbox"/> 外来分全て	<input type="checkbox"/> 期間指定	/ / ~ / / 分
	<input type="checkbox"/> 入院分全て	<input type="checkbox"/> 期間指定	/ / ~ / / 分
<input type="checkbox"/> 画像記録	<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 期間指定	/ / ~ / / 分
<input type="checkbox"/> その他			

2. 開示の方法

開示方法		備考
<input type="checkbox"/> 閲覧(60分を目安とする)	ご希望の日にちがございましたら、右に御記入ください。医師の説明に関しましては、医師の診療の都合上、ご希望どおりにはならない場合がございます。	第1希望日 ()
<input type="checkbox"/> 医師の口頭による説明		第2希望日 ()
<input type="checkbox"/> 写しの交付		
<input type="checkbox"/> 要約書の交付	医師の口頭の説明がある場合には交付いたしません。	

3. 申請理由

4. 請求者と受領者の確認(原則同一人物であること)

※受付使用欄

請求者	確認書類	申出書	請求者の身分証明書		患者の委任状	戸籍謄本(抄本)	その他患者との関係が分かるもの(住民票等)
			申請時	受領時			
<input type="checkbox"/> 患者本人							
<input type="checkbox"/> 患者本人以外							(どちらか一方で可)
<input type="checkbox"/> 遺族							

※患者本人が除籍されたことが明記されたもの

5. 受取確認

受領者サイン		受領日	
--------	--	-----	--