

# 診療記録等開示申請書

年 月 日

中嶋病院 病院長 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	〒 _____			
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	〒 _____
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. 申請時確認(下記内容を確認しチェックを付けてください)

- 一度お申し込み頂きました申請内容についてはキャンセルできません。

## 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	
--------	--	-----	--