

「開示様式1」

診療記録等の開示申込書

北部地区医師会病院 病院長殿

ID:

診療記録等の開示を受けたい患者様	フリガナ	セイ	メイ
	患者氏名	姓	名
	生年月日	T S H R	年 月 日
	TEL		
	住所		
開示希望診療月日対象診療科名を○で囲んで下さい	入院・外来	S H R	年 月 日 ~ 年 月 日
	入院・外来	S H R	年 月 日 ~ 年 月 日
	入院・外来	S H R	年 月 日 ~ 年 月 日
	診療科	・内科 ・内分泌科 ・外科 ・整形外科 ・リウマチ科 ・形成外科 ・循環器科 ・心臓血管外科 ・皮膚科 ・全診療科	
開示を希望する記録該当箇所に○で囲んで下さい	1. 診療録(カルテ)	4. 退院要約書(サマリー)	
	2. 検査記録、検査成績表	5. その他	
	3. 画像データ	()	
	希望開示方法	ア. 閲覧 イ. 複写 ウ. その他()	

上記の通り、診療記録の開示を希望します。

申請者氏名 _____ 続柄()

患者との関係 本人 ・ 法定代理人 ・ その他()

住 所 _____

電話番号 _____

(開示申請時の注意とお願い)

1. 申請が本人、代理人に拘らず、申請者が本人であるか否かの確認のため、運転免許証の写し、戸籍抄本・パスポートの写し等の何れかを提出して下さい。
2. 患者本人から代理権(法定代理人は除く)を与えられた親族又は、これに準ずる方が開示申請を行う場合患者本人の意思確認ができる同意書兼委任状を添えて下さい。
3. 現実に患者の世話をしている親族又は、これに準ずる方が開示請求を行う場合は、患者本人が成人で判断能力が十分でない場合に限りません。(18歳未満は不要)
4. 閲覧を除く開示(要約書・複写)について、別途病院規定の料金を申し受けます。
5. 開示の可否及び方法に関し、当院管理者の判断により、希望通りの開示が出来ない場合があります。
6. 開示には2週間程度期間がかかります。

病院使用欄

院長	診療情報管理委員長	主治医	事務長	診療情報課長	担当者