

[様式1]

診療記録開示申込書

みゆき会病院 病院長 殿

診療記録の開示を受けたい患者	ふりがな 患者氏名					
	診察券番号					
	住所					
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	
開示を希望する記録 (該当する箇所に○印を記入して下さい)	記録の種類		診察日、部位等	複写	閲覧	
	1. 診療記録(カルテ)					
	2. 検査記録、検査成績表					
	3. 画像記録(X線写真等)CD-R					
	4. 画像記録(フィルム)					
その他						
医師による説明	希望する ・ 希望しない					
複写受取希望方法 (○で囲んで下さい)	来院受取 ・ 郵送(送料を開示費用に加算)					
複写来院受取・閲覧希望日 (申請日から2週間経過後の平日を指定して下さい)	第1希望	年	月	日	午前・午後	時
	第2希望	年	月	日	午前・午後	時
	第3希望	年	月	日	午前・午後	時
	()希望なし					

私は、上記のとおり診療記録の開示を希望します。

年 月 日

申込者(自書)

氏名

患者との関係

住所

電話番号 () -

患者本人による申し込みの場合：本人確認のため、運転免許証・パスポート・健康保険証・年金手帳・印鑑証明・戸籍謄本等の提示が必要。

患者本人以外による開示請求の場合：法定代理人である旨の証明書類・患者本人との関係を証明する書類(原戸籍謄本等)および委任状並びに当該申込者の本人確認のための書類(運転免許証の写し・印鑑証明・戸籍謄本・パスポートの写し等)の提出が必要。

(当院使用欄)

受付	開示請求診療記録確認	診療記録開示委員会	回答	実施	費用		確認
／ 医事課 受付番号	確認完了日 開示を拒みうる場合に、 該当せず 該当箇所あり	開催日 ----- 全部提供・一部提供・非提供 一部提供・非提供事由	／ 回答書 発送	／ 立会者	／ 要・不要	／ 収受済 円	／