

診療記録等の開示申込書

P L病院院長 殿

(西暦) 年 月 日

フリガナ

(患者ID:)

患者氏名

生年月日 (西暦) 年 月 日生

住 所

日中連絡の取れる電話番号

(患者本人が請求する場合、必ず患者本人が記入してください)

フリガナ

患者以外の請求者氏名 (自署)

患者とのご関係

住 所

日中連絡の取れる電話番号

私は下記のとおり、診療記録等の開示を請求します。また、写しの交付を受ける場合には、実費を負担することに同意します。

1. 希望する開示内容

(1) 診療科 _____ 入院分・通院分

(2) 期 間 (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日

(3) 内 容 診療記録 (P L病院職員が記載した診察や看護の記録)

特記事項 _____

検査データ (細菌検査・尿検査等)

特記事項 _____

画像データ (一般撮影・CT・MRI 心電図等 その他 ())

特記事項 _____

その他 _____2. 希望する開示方法 閲覧のみ 写しの交付3. 請求者 成年の患者本人患者の法定代理人 (未成年者の親権者 親権者がいない場合の未成年後見人 成年後見人)患者から代理権を与えられた方患者が成年で判断応力に疑義がある場合、現実的に患者の世話をしている親族およびこれに準ずる方ご遺族 (配偶者 子 父母 左記に準ずる方)

(注1) 「準ずる」とは、生計を同じくしている (していた) 方、内縁など特別縁故者の方を意味します。

(注2) 請求者の資格を下記により確認し、複写させていただきます。請求者の資格が確認できない場合は、開示申し込みを受付できませんので、ご了承ください。

(請求者の身分証は必須です。その他に、法定代理人や親族等の場合は患者との関係が確認できる証明書や戸籍謄本、代理人が弁護士等の場合は弁護士資格等が確認できる書類が必要です)

(注3) 代理人 (申込時に患者が満15歳以上の場合の未成年者の親権者・未成年後見人、患者から代理権を与えられた方) には、当院規定委任状を提出していただきます。

申込書受付日 (個人情報保護相談室)	診療情報提供審査会の決裁日		通知日 (診療情報管理課)	立会い・発送 実施日
	開 示	開示不可		
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日
受付担当者印 _____				