

診療記録開示申請書

日立総合病院長 殿

開示を受けたい患者	患者番号	—	—							
	フリガナ									
	患者氏名									
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日					
	住 所									
	電話番号	()								
開示の方法 および 開示を希望 する記録	診療科名									
	診療期間	(西暦)	年	月	日	～	(西暦)	年	月	日
	診療区分	()	入院	()	外来					
	開示方法	() 閲覧 () 説明書の交付 () 写しの交付(全部) () 写しの交付(一部)								
	一部希望の場合のみ	注：写しの交付で「一部」を希望する場合は、以下に希望する記録を指定して下さい。 () 入院時の要約書 () 看護記録 () 臨床経過記録書(カルテ[入院・外来]) () リハビリ記録 () 手術関連記録(手術、麻酔、輸血等) () 治療計画・説明・同意・確認書 () 検査関連記録(検査報告書等) () 剖検記録 () 医師指示書関連記録(処方、検査等) () 画像資料(X線・CT・MR等[フィルム・CD-R]) () 指導記録(栄養指導等) () その他()								
閲覧希望日	() 希望無									
	() 希望有	第1希望	(西暦)	年	月	日	午前・午後			
		第2希望	(西暦)	年	月	日	午前・午後			

上記の通り、診療記録の開示を申請致します。

(西暦) 年 月 日

申請者(正)(社名)

氏名:

郵便番号: 〒 —

住 所:

電話番号: ()

患者との: () 本人

関係 () 法定代理人

() 法定代理人以外の親族またはこれに準ずる者

() 任意の代理人

() その他

申請者(副)(社名)

氏名:

郵便番号: 〒 —

住 所:

電話番号: ()

患者との: () 本人

関係 () 法定代理人

() 法定代理人以外の親族またはこれに準ずる者

() 任意の代理人

() その他

当院 記載欄	申請時	申請日	年	月	日
		申請者確認	() 運転免許証 () パスポート () 健康保険証 () その他 ()		
		患者との関係			
	添付書類	() 委任状 () その他 ()			
	開示時	申請者確認	() 運転免許証 () パスポート () 健康保険証 () その他 ()		
開示日		年	月	日	