

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。 <input type="checkbox"/> 入院時の要約書 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 臨床経過記録書(カルテ[入院・外来]) <input type="checkbox"/> リハビリ記録 <input type="checkbox"/> 手術関連記録(手術、麻酔、輸血等) <input type="checkbox"/> 治療計画・説明・同意・確認書 <input type="checkbox"/> 検査関連記録(検査報告書等) <input type="checkbox"/> 剖検記録 <input type="checkbox"/> 医師指示書関連記録(処方、検査等) <input type="checkbox"/> 画像資料(X線・CT・MR等[フィルム・CD-R]) <input type="checkbox"/> 指導記録(栄養指導等) <input type="checkbox"/> 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	
	開示時	添付書類	() 委任状 () その他 ()
		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	