

診療記録等開示請求申込書

年 月 日

上町いまきいれ病院 院長殿

(申 込 者)

氏名

印

(申込者と患者さんの関係：)

生年月日 年 月 日

〒 -

住所

電話番号 - -

連絡の取りやすい時間帯を必ずご記入ください。

(曜日 時 分 ~ 時 分)

受付時間：平日のみ

午前8:30~12:00 午後13:30~17:00

下記の診療記録等の開示を申し込みます。

| | | | | |
|----------------------|---|------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 開示の方法 (希望するものを選択) | <input type="checkbox"/> 複写 (紙) | | <input type="checkbox"/> CD-R | |
| 患者さん氏名 | | | | |
| 入院・外来 | <input type="checkbox"/> 入院・外来どちらも | | <input type="checkbox"/> 入院のみ | <input type="checkbox"/> 外来のみ |
| 診療科及び診療期間 | 診療科 | 診療 (入院) 期間 | | |
| | | | | |
| 開示を希望する診療記録等 | <input type="checkbox"/> 診療録 (医師記録) <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 画像検査 | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他の記録 (具体的に記載：) | | | |

(注)

1. 代理人による請求の場合には、患者本人の意思が確認できる委任状を添えてください
2. 診療記録の開示等については別紙【診療記録開示要項】をご覧ください

----- 下記は病院側にて使用 -----

確認医 _____

院長 _____

| | | |
|------|---------------------------------|-------------------------------|
| 提出方法 | <input type="checkbox"/> 複写 (紙) | <input type="checkbox"/> CD-R |
|------|---------------------------------|-------------------------------|

開示担当者 _____