書式１　開示請求書

診療情報に関する開示請求書

年　　月　　日

医療法人社団玄同会　小畠病院
病　院　長　殿

私は、貴院が保有する下記の診療情報を開示していただきたく、請求いたします。

患者ご本人　ご氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日　西暦　　　．　　　．
ご住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人による申込みの場合は、下記の欄にご記入のうえ、患者ご本人の医療情報開示の委任状を添えてお申込ください。なお、開示については厚生労働省の「診療情報の提供等に関する指針」に則って行いますことご了承下さい。

代　理　人　ご氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日　西暦　　　．　　　．
ご住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
患者ご本人との関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

開示を希望する期間及び記録等（該当する番号を○で囲む）

開示を希望する期間：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　診療記録のすべて
2　診療録（カルテ）
3　検査記録・検査成績表
4　画像情報（エックス線写真、CT、MRI、エコー）
5　看護記録
6　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊ 複写を希望される場合は有料ですので、あらかじめご了承ください。

受　付	院　長	診療科部長	担当医	事務部長	開示実施	費用徴収