

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 小島病院
病院長 殿

【開示請求者】

住 所 〒 _____

氏名(直筆) _____

電 話 番 号 _____
(※日中連絡可能な電話番号をご記入ください)

患者との関係 ☐ 本人 ☐ 本人以外 (患者との関係 _____)

下記のとおり、診療記録等の開示を請求します。

【開示を希望する患者】

氏名		診察券番号	
生年月日 (西暦)	年 月 日		
住所	〒 _____		

【開示を希望する診療記録の内容】

開示請求期間 (西暦)	<input type="checkbox"/> 全期間 (診療記録のある期間すべて) <input type="checkbox"/> 期間指定 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()		
診療記録内容	<input type="checkbox"/> 診療録 (カルテ) <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録・検査成績表 <input type="checkbox"/> 画像情報 (エックス線写真、CT 画像など) <input type="checkbox"/> 診療記録のすべて <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する開示内容	開示内容について (診療科の特定、入院・外来の選択、要望等)		
開示方法	<input type="checkbox"/> 記録の複写 (コピー) <input type="checkbox"/> 院内での閲覧		

* 診療情報開示は厚生労働省の「診療情報の提供等に関する指針」に沿って実施します。

* 請求者の本人確認及び患者本人との続柄・関係を証する確認書類が必要です。

※病院使用欄 受付日： 年 月 日

請求者本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 当院診察券 <input type="checkbox"/> 運転免許証(両面) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真の面) <input type="checkbox"/> その他 ()
請求者資格確認書類	<input type="checkbox"/> 患者本人の診察券 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本もしくは除籍謄本など(患者との続柄が明示されたもの)
※請求者が患者本人以外	<input type="checkbox"/> 請求者の運転免許証もしくはマイナンバーカード(顔写真の面) <input type="checkbox"/> その他 ()

受付	院長	診療部長	担当医	事務部長	開示実施	費用徴収