

診 療 録 開 示 申 請 書

年 月 日

武蔵野赤十字病院

院長 泉 並 木 様

下記の通り、患者 _____ の診療録の開示を希望するので、申請します。

(ふりがな)

患者氏名 _____ 生年月日 (明・大・昭・平・令) _____ 年 月 日

患者(ID)番号 _____ 電話番号 _____ - _____

住所 〒 _____

申請者氏名 _____ 印 _____

患者との続柄 本人 法定代理人 その他()

※ 住所・電話番号は、申請者がご本人の場合は記入不要です。

住所 _____ 電話番号 _____ - _____

連絡先(平日9~17時) _____ - _____

代理人が申請する理由 _____

希望するものを○で囲んでください。

開示内容	希望する診療科名 _____ 科 (入院 ・ 外来)
開示範囲	1 退院要約(サマリー) (年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 現在) 2 医師記録、看護記録、処方箋 等 (年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 現在) 3 検査記録 (年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 現在) 4 画像記録(X線写真、CT、MRI 等) (年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 現在) 日付が正確におわかりにならない場合、担当者にご相談願います。
開示方法	1. 写しの送付 2. 写しの交付
※ 本人確認 請求資格確認書類 等	1 開示請求者 本人 親族 その他()
	2 確認資料 運転免許証 パスポート 個人番号カード 住民基本台帳カード その他:

※の欄は記入する必要はありません。

(ご注意)

- ・開示に際しては、開示手数料5,000円・DVD1枚1,000円(税別)、コピー代1枚20円の費用がかかります。
- ・この診療録開示申請書を提出された後は、キャンセルはできませんのでご了承ください。

診療録開示申請書

2019年 10月01日

武蔵野赤十字病院

院長 泉 並 木 様

下記の通り、患者 日赤太郎 の診療録の開示を希望するので、申請します。

(ふりがな) にっせき たろう
 患者氏名 日赤太郎 生年月日 (明・大・**昭**・平・令) 35 年 5 月 1 日

患者(ID)番号 1234567 電話番号 0422-32-3111

住所 〒180-8610 武蔵野市境南町1-26-1

申請者氏名 日赤太郎 印

患者との続柄 本人 法定代理人 その他()

※ 住所・電話番号は、申請者がご本人の場合は記入不要です。

住所 _____ 電話番号 _____ - _____ -

連絡先(平日9~17時) _____ - _____ -

代理人が申請する理由 _____

希望するものを○で囲んでください。

開示内容	希望する診療科名 <u>消化器</u> 科 (<u>入院</u> ・ 外来)
開示範囲	<input checked="" type="checkbox"/> 1 退院要約 (2016年5月10日 ~ 2017年2月15日・現在) <input checked="" type="checkbox"/> 2 医師記録、看護記録、検査記録、処方箋 等 (2016年5月10日 ~ 2017年2月15日・現在) <input checked="" type="checkbox"/> 3 検査記録 (2016年5月10日 ~ 2017年2月15日・現在) <input checked="" type="checkbox"/> 4 画像記録(X線写真、CT、MRI 等) (2016年5月10日 ~ 2017年2月15日・現在) 日付が正確におわかりにならない場合、担当者にご相談願います。
開示方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 写しの送付 2. 写しの交付
※ 本人確認 請求資格確認書類 等	1 開示請求者 本人 親族 その他()
	2 確認資料 運転免許証 パスポート 個人番号カード 住民基本台帳カード その他:

※の欄は記入する必要はありません。

(ご注意)

- ・開示に際しては、開示手数料5,000円・DVD1枚1,000円(税別)、コピー代1枚20円の費用がかかります。
- ・この診療録開示申請書を提出された後は、キャンセルはできませんのでご了承ください。