

診療録等開示請求書

年 月 日

中野共立病院 院長 様

請求人 〒 _____ 住所 _____

氏 名 _____ (生年月日 _____ 年 月 日生)

電話番号 _____ (_____)

次のとおり、診療録等の開示を請求します。

1 開示請求に係る患者 (患者本人が請求する場合は患者番号以外記載不要)	〒 _____ 住所 _____ 氏 名 _____ 患者番号 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生(_____ 歳) 電話番号 _____ (_____)
2 請求人と患者との間柄 (本人以外が請求する場合は必ず記載)	(1) 患者の親族 (患者からみて) 夫、妻、父、母、子、祖父、祖母、その他(_____) (2) 患者の親権者、成年被後見人の法定代理人(証明するものを提示) (3) その他 (_____) *患者との関係を証する書面(戸籍謄本等)。*患者が開示を認めている書面(委任状など)を添付。
3 開示を請求する内容	(1) <input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 外来 (該当する項目に✓をしてください。) (2) 開示請求する期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 最終来院日 : _____ 年 月 日 (3) 診療録等の種類 <input type="checkbox"/> 診療録(カルテ) (<input type="checkbox"/> すべて ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> エックス線写真等 <input type="checkbox"/> 検査記録及び結果成績表 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
4 開示方法	該当する番号を○で囲んでください。 (1) 閲覧 (2) 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 来院受取 <input type="checkbox"/> 郵送) (3) 閲覧及び写しの交付 *閲覧日は別途、担当者が調整させていただきます。
5 閲覧の際に同席を希望している者	※(原則2名以内)原則として患者本人が同席を同意している文書を添付 氏名 _____ 患者との関係 _____ 氏名 _____ 患者との関係 _____
6 備考	

受付	院長	主治医	開示実施日		費用等
	可 ・ 不可	可 ・ 不可	閲覧等	郵送	(_____ 円)
			月 日	月 日	領収日 月 日