

診療記録の開示申込書

年 月 日

済生会みすみ病院
院長 吉岡 正一 様

フリガナ
患者氏名
生年月日 明治・大正 昭和・平成・西暦 年 月 日
住 所
電話番号 () — () — ()

次のとおり、診療記録等の開示を請求します。

- 1.請求者 () 本人 ※ご本人であることが証明できるもの(運転免許証など)を添えて下さい。
- () 本人以外の方 () ①患者本人から代理権を与えられた法定代理人
※患者本人の意思が確認できる委任状を添えて下さい。
- () ②法定相続人(患者様ご本人が死亡されている場合)
※患者本人との関係が証明できる書類(戸籍謄本など)が必要です。
- () ③法定代理人(患者の世話をしている親権者または後見人)
※患者本人が未成年者であるか、成人で判断能力が充分でない場合に
限ります。

2.開示を請求する内容

- () ①医師カルテ、その他診療記録の開示(主治医が同席します)
※主治医(担当医)の都合を確認した上で日程を調整し、後日連絡を致します。
場合によってはご希望に添えない場合もございます。
開示希望曜日/時間 (月・火・水・木・金 / 午前・午後) : ○をおつけ下さい。
- () ②病状経過要約書(手交、郵送): どちらかに○をおつけ下さい。
- () ③診療録、退院時要約、看護記録、各種検査記録、検査データ、画像情報のコピーなど、
請求する資料の内容をお書き下さい。
- ()

申請者 フリガナ 氏 名
患者との関係
申請者が本人の場合 { 住所
場合は記入不要 { 電話番号 () — () — ()

(本人同意書)
私は、上記のとおり、申請者 に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。
患者本人(自署)

正当な手続きを経て行われた記録開示により発生する本人もしくは開示請求者の不利益に対して、
病院は一切責任を負いません。

(当院使用欄)

受付	管理者の決裁			主治医の意見			実施記録		費 用		確認
月 日	開示	保留	開示不可	同意	不同意	取れず	発送	立合い	不要	収受済	月 日
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日					