

診療記録開示申請書

下記のとおり、診療記録の開示を希望します。

年 月 日

患者情報	フリガナ		患者 ID	
	患者氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
開示申請者情報	フリガナ		電話番号	※日中連絡がつく番号
	氏名			①
			②	
	住所	〒		
開示申請者	開示申請者	<input type="checkbox"/> ①患者本人 <input type="checkbox"/> ②患者本人から委任された者（患者本人から委任された者（※患者本人の委任状が必要です（患者死亡は除く） <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族（父・母・兄・弟・姉・妹・（ ）） <input type="checkbox"/> 患者の親族に準ずる者（本人と続柄：_____） <input type="checkbox"/> その他（会社名等：_____） <input type="checkbox"/> ③法定代理人（患者が合理的判断できない状態にある場合又は15歳未満の場合） 本人が開示申請出来ない理由：（_____）		
	開示申請する範囲	<input type="checkbox"/> ① 平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> ② 平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 診療記録（ <input type="checkbox"/> 全診療科及び看護記録を含む記録 <input type="checkbox"/> 検査結果報告書） <input type="checkbox"/> 画像データ（ <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT） <input type="checkbox"/> 死亡診断書（控え） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	請求の理由			
開示の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧			
受取の方法	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 申請者へ郵送（郵送料金は申請者負担）			
同席者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（氏名 患者との続柄 ） <input type="checkbox"/> 有（氏名 患者との続柄 ） <input type="checkbox"/> 有（氏名 患者との続柄 ）			
《開示について》診療記録等の開示 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否（理由：_____） 上記のとおり決定いたします。（ 年 月 日）				