

診療情報開示申請書

(西暦) 年 月 日

医療法人社団 広仁会 広瀬病院長 殿

申請者

ふりがな

氏名 _____ 患者との関係 _____

住所 _____

電話 _____

以下のとおり診療記録の開示を申請します

患者情報

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____

電話 _____

開示希望する記録(希望する項目に✓を記入して下さい)

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> すべて | <input type="checkbox"/> 診療記録(医師記録) | <input type="checkbox"/> 看護記録 |
| <input type="checkbox"/> 注射・処方記録 | <input type="checkbox"/> 手術・麻酔記録 | <input type="checkbox"/> 検査・画像検査記録 |
| <input type="checkbox"/> 画像データ(CD-R) | <input type="checkbox"/> その他記録 | <input type="checkbox"/> () |

開示希望する期間

年 月 日 ~ 年 月 日

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> すべて | <input type="checkbox"/> 入院分 | <input type="checkbox"/> 外来分 |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|

開示の方法(希望する項目に✓を記入して下さい)

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 写しの交付 | <input type="checkbox"/> 医師との面談・説明 () |
|--------------------------------|----------------------------------------|

開示申請者が本人以外の場合(該当する項目に✓を記入して下さい)

- | |
|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 法定代理人(未成年の親権者) |
| <input type="checkbox"/> 法定代理人(未成年後見人) |
| <input type="checkbox"/> 法定代理人(成年後見人) |
| <input type="checkbox"/> 代理権が付与されている任意後見人 |
| <input type="checkbox"/> 患者から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者 |
| <input type="checkbox"/> 患者が成人で判断能力に疑義がある場合に、現実には患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者 |
| <input type="checkbox"/> ご遺族様 |

医療機関 使用欄	患者本人	<input type="checkbox"/>	運転免許証	<input type="checkbox"/>	健康保険証	<input type="checkbox"/>	パスポート	<input type="checkbox"/>	その他()
	患者本人以外	<input type="checkbox"/>	運転免許証	<input type="checkbox"/>	健康保険証	<input type="checkbox"/>	パスポート	<input type="checkbox"/>	その他()
		<input type="checkbox"/>	委任状	<input type="checkbox"/>	戸籍謄本	<input type="checkbox"/>	住民票	<input type="checkbox"/>	その他()
	承認:								開示日:
	備考:								