

申請日 年 月 日

診療記録開示申請書

伊藤病院 院長 殿

次のとおり、診療記録等の開示を申請します

【患者氏名】

氏名	診察券番号:	生年月日(西暦)	年 月 日
		電話番号	
住所			

【代理人氏名】

氏名		生年月日(西暦)	年 月 日
		電話番号	
住所			
患者との関係	<input type="checkbox"/> 患者の親族 (続柄:) <input type="checkbox"/> 代理人(会社名・所属等)		

【開示を希望する診療記録の内容】

1. 開示期間	<input type="checkbox"/> 指定なし (全期間) <input type="checkbox"/> 指定あり (年 月 日 ~ 年 月 日)				
	2. 診療録内容	① 診療録	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 診療録	<input type="checkbox"/> 看護記録
② 検体検査結果		<input type="checkbox"/> 採血			
③ 生理学的検査		<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 呼吸機能	<input type="checkbox"/> 心エコー
④ 病理学的検査		<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 細胞診	<input type="checkbox"/> 細胞診	
⑤ 画像検査		<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X線
<input type="checkbox"/> 報告書 <input type="checkbox"/> CD-R		<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 核医学	<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 骨密度
⑥ その他 ()					
3. 開示方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 医師面談				
4. 受け取り方法	<input type="checkbox"/> 対面で受け取る <input type="checkbox"/> 郵送 (別途送料を徴収いたします)				
<input type="checkbox"/> 法的保存期間の経過等により診療記録等が存在しない場合、証明書の発行を希望する(別途料金必要)					

患者 身分証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証(両面) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他()	担当
代理人 身分証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証(両面) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他()	
関係確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 住民票(世帯・続柄記載) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(全部事項証明書) <input type="checkbox"/> 委託文書等 <input type="checkbox"/> その他()	

注1 申込当日の交付は致し兼ねますので、あらかじめご了承ください。

注2 患者本人または申請者であることを確認できる、公的機関が発行した顔写真・氏名・生年月日の記載がある書類の提示が必要です。

注3 患者本人以外の方が申請する場合は、委任状と関係性を確認できる公的書類等の提出が必要です。(発行より3ヵ月以内)