

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】

※太枠のみご記入ください

氏名	ID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(関係: 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. 開示内容	① 診療記録	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 診療録	<input type="checkbox"/> 看護記録	<input type="checkbox"/> 手術記録	
	② 検体検査	<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"/> 報告書 <input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 核医学	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> X線 <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"/> 対面での受け取り		<input type="checkbox"/> 郵送			
<input type="checkbox"/> 法的保存期間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						

注1 申込当日の開示はできませんので、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)

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	申請担当
	<input type="checkbox"/> 在留カード			<input type="checkbox"/> その他()		
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	開示担当
	<input type="checkbox"/> 在留カード			<input type="checkbox"/> その他()		
関係確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状			<input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書	<input type="checkbox"/> 住民票(世帯・続柄記載)	
	<input type="checkbox"/> 委託文書等			<input type="checkbox"/> その他()		