

[様式1]

診療記録開示申込書

大分こども病院 病院長殿

診療記録の開示を受けたい患者	ふりがな 患者氏名						
	診察券番号						
	住 所						
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日		
開示を希望する 記 録 (該当する箇所に○印 を記入して下さい)	記録の種類	診察日、部位等			複写	閲覧	
	1. 診療記録 (カルテ)						
	2. 検査記録、検査成績表						
	3. エックス線写真						
	4. CT画像						
その他							
医師による説明	希望する ・ 希望しない						
複写受取希望方法 (○で囲んで下さい)	来院受取 ・ 郵送 (送料を開示費用に加算)						
複写来院受取・閲覧 希望日 (申請日から2週間経過後の 平日を指定して下さい)	第1希望	平成	年	月	日	午前・午後	時
	第2希望	平成	年	月	日	午前・午後	時
	第3希望	平成	年	月	日	午前・午後	時
	() 希望なし						

私は、上記のとおり診療記録の開示を希望します。

平成 年 月 日

申込者 (自署)

氏 名 _____ 患者との関係 _____

住 所 〒 _____

電話番号 () _____

患者本人による申し込みの場合： 本人確認のため、運転免許証・パスポート・住民基本台帳カード【写真入り】・健康保険証等の提出が必要。

患者本人以外による開示請求の場合： 法定代理人である旨の証明書類・患者本人との関係を証明する書類 (戸籍謄本等) および委任状並びに当該申込者の本人確認のための書類 (運転免許証・パスポート・住民基本台帳【写真入り】等) の提出が必要。

(当院使用欄)

受付	開示請求診療記録確認	診療記録開示委員会	回答	実施	費用		確認
／	確認完了日 ／	開催日 ／	／	／	／	／	／
医事課	開示を拒みうる場合に、 該当せず 該当箇所あり	全部提供・一部提供・非提供 一部提供・非提示提供事由	回答書 発送	立会者	要・不要	収受済	
					円		