

診療記録開示申込書

大分こども病院 理事長殿

診療記録の開示を受けた 患者	ふりがな						
	患者氏名						
	患者ID (診察券番号)						
	住所						
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
開示を希望する記録	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						
	3. 画像(X線画像、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		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		第1希望	令和	年	月	日	時
		第2希望	令和	年	月	日	時
		第3希望	令和	年	月	日	時

私は、上記のとおり診療記録の開示を希望します。

令和 年 月 日

申込者(自署)

氏名

患者との関係

住所 〒

電話番号 () -

本人確認書類 : 運転免許証 ・ パスポート ・ 健康保険証

関係確認書類 : 戸籍謄本 ・ 健康保険証 ・ 法定代理人証明書類

委任状 : 必要 ・ 不要

[当院使用欄]

決裁欄

理事長	院長	主治医	看護部長	事務長	医事課長	診療情報 管理室
/	/	/	/	/	/	/

受付	診療記録確認	開示委員会	記録準備	回答	実施	費用
/	/	/	/	/	/	/
	開示を拒みうる 場合に 該当せず 該当箇所あり	全部・一部 非提供 一部・非提供事 由			立会者	要・不要 円 收受 <input type="checkbox"/>