

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"/> |