

カルテ等診療記録開示申出書

町田市病院事業管理者 様

下記のとおり申し出ます。

申請日 西暦 年 月 日

対象となる 患者情報	ふりがな	患者ID	
	患者氏名	生年月日 西暦 年 月 日	
申出者 ※本人確認 書類が必要です	ふりがな	電話番号 (日中連絡がつく番号)	
	氏名	①	
		②	
	住所 〒 -		
	<input type="checkbox"/> ①患者本人		
<input type="checkbox"/> ②患者本人から委任された者 (本人の自筆委任状が必要です)			
<input type="checkbox"/> ③法定代理人・親族・遺族 (本人との関係を書面で確認し、必要に応じて本人の同意書も確認します。)			
<input type="checkbox"/> 親権者・未成年後見人・成年後見人 <input type="checkbox"/> 実質的にケアを行っている親族 () <input type="checkbox"/> 遺族 (配偶者・父母・子・きょうだい ())			
<input type="checkbox"/> 私が提示した本人確認書類について、貴院がコピー (写し) をとることに同意します (患者様の個人情報を保護し、安全に開示手続きを行うため、本人確認書類のコピーをいただいています)			
診療記録の期間	診療科	入院・外来	期間
	_____科	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	①西暦 年 月 日～ 年 月 日
	_____科	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	②西暦 年 月 日～ 年 月 日
	_____科	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	③西暦 年 月 日～ 年 月 日
診療記録の内容	<input type="checkbox"/> 診療記録		
	<input type="checkbox"/> 画像 (<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ())		
	<input type="checkbox"/> 検査記録 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
開示の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 写しの交付		
	※ 口頭による説明を希望される方は、具体的に内容をご記入ください		
開示方法	<input type="checkbox"/> 電子 (CD-R) <input type="checkbox"/> 紙		

受取時記載欄

診療記録の写し (コピー) を受け取りました。

受取日 西暦 年 月 日 受取者名 _____