

診療記録等の開示申請書

医療法人八重瀬会 同仁病院 院長 殿

年 月 日

【申請者】氏 名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

住 所

電話番号

下記の診療記録等の開示を申請します。

(フリガナ)		患者ID	
患者氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住 所			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
開示を希望する記録	<input type="checkbox"/> 診療経過の要約書 <input type="checkbox"/> 診療記録(カルテ) <input type="checkbox"/> エックス線写真、CT、MRI画像 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他()		
開示の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

担当者記入欄

申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> 公的証明書()
患者との関係	<input type="checkbox"/> 未成年の親権者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 代理人()
申請者資格確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()

(決裁欄)

院長	局長	部長	主治医	受付
同意・不同意	同意・不同意	同意・不同意	同意・不同意	月 日
月 日	月 日	月 日	月 日	(自署または押印)
(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)

実施	月 日	郵送・手渡し	確認	
費用	月 日	不要・受領・未収	確認	

記入例

診療記録等の開示申請書

申込年月日をご記入ください

医療法人八重瀬会 同仁病院 院長 殿

○年 ○月 ○日

【申請者】氏名 同仁 太郎

生年月日 昭和・平成・令和 50年 5月 5日

住所 浦添市城間1-37-12

電話番号 ×××-××××-××××

下記の診療記録等の開示を申請します。

不明な場合は空欄でお願いします

(フリガナ)	ドウジン タロウ		患者ID
患者氏名	同仁 太郎		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 50年 5月 5日		
開示を希望する記録にチェック、またはその他にご記入ください	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
開示を希望する記録	<input type="checkbox"/> 診療経過の要約書	<input type="checkbox"/> 診療記録(カルテ)	<input type="checkbox"/> エックス線写真、CT、MRI画像
	<input type="checkbox"/> 検査記録	<input type="checkbox"/> その他()	
開示の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

開示を希望する入院・外来期間をご記入ください

申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 健康保険証	
	<input type="checkbox"/> 公的証明書()				
患者との関係	<input type="checkbox"/> 未成年の親権者	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親族	<input type="checkbox"/> 遺族	<input type="checkbox"/> 代理人()
申請者資格確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他()	

(決裁欄)

院長	局長	部長	主治医	受付
同意・不同意	同意・不同意	同意・不同意	同意・不同意	
月 日	月 日	月 日	月 日	
(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)	(自署または押印)	

実施	月 日	郵送・手渡し	確認
費用	月 日	不要・受領・未収	確認

記入不要