

診療情報開示申請書

辻伸病院柏の葉 院長殿

下記内容の診療情報の開示を請求したく、申請します。

申請日：20 年 月 日

 患者の

氏名：_____

住所：〒_____

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

 申請者（あなた）の

氏名：_____ 印 患者本人との関係（ ）

住所：〒 Tel ()

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

 開示方法 [() 診療記録の複写（1回につき1部）() 要約書の交付 () 閲覧 () 医師の説明] 診療情報の種類

() 診療記録 [() 看護記録のみ・() 処方箋のみ・() 検査記録のみ・() 手術記録のみ]

() 健診記録

() 検査報告書【紙】[CT・MRI・超音波・病理・細胞診・その他 ()]

() 画像写真等【CD-R】[エックス線写真・CT・MRI・超音波・その他 ()]

() その他 ()

 対象期間：_____ 開示を受けたい部分を特定する事項

[]

- ・ 実費の他に、別途、開示手数料として、1回につき3,000円（税別）が、かかります。
- ・ 診療情報開示に関する費用については院内規定に基づき申請者が負担するものとします。
- ・ 診療情報の開示は、当院が指定する場所において職員の立会いのもとに行うものとし、必要があれば、医師がその記載内容について説明します。
- ・ 申請者は、申請者であることを証明する書類を提示してください。
- ・ 患者本人以外の方による申請の場合、患者との関係を証明できる書類を提示してください。
- ・ 患者本人（15歳未満の未成年者、成年後見人及び死亡している場合を除く）以外の方の申請の場合は、本人の同意書（様式任意）を提出してください。
- ・ 申請から3年経過しても受領されない場合は、その診療情報開示申請書は無効になります。

以下の※印欄は、記入しないで下さい。

※事務局	申請者本人確認欄	(1)運転免許証 (2)旅券 (3)健康保険証 (4)その他()
使用欄	申請者資格確認欄	(1)戸籍謄本 (2)その他()
※ 備考		

院長	副院長	主治医	事務長	医事課長

対応者		受領サイン
受付担当	病歴担当	
		20 年 月 日受領