

様式5

診療記録等の開示申請書

川平病院 病院長 殿

【申請時記入欄】 ※消せるペンでの記入はお控えください。

○患者情報

受付日： 年 月 日

患者名	性別	生年月日
フリガナ	男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和
氏名		年 月 日
住所		患者ID番号
〒		

○開示の内容(希望する項目の□にチェックしてください)

開示方法	<input type="checkbox"/> 謄写 (コピー)	<input type="checkbox"/> 閲覧
記録の種類	<input type="checkbox"/> 診察記録 (医師記録)	<input type="checkbox"/> 麻酔記録
	<input type="checkbox"/> 看護記録	<input type="checkbox"/> 画像記録
	<input type="checkbox"/> 検査記録	(レントゲン・CT・MRI・超音波・内視鏡)
	<input type="checkbox"/> 手術記録	<input type="checkbox"/> その他 ()
期間	年 月 日～	年 月 日までの分
	年 月 日～	年 月 日までの分
その他		

○申込者情報

申込者(直筆)氏名	性別	患者様との関係
フリガナ	男 ・ 女	1. 本人 2. 家族 (続柄)
氏名		3. その他 ()
住所		※本人、法定代理人、法定相続人以外は委任状を添えてください
〒		電話番号
		・自宅または携帯
		・職場
本人・資格 確認書類等	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 住民票(続柄有のもの)	
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 除籍謄本 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	

上記のとおり、診療記録の開示を申請します。

【病院使用欄】

医師署名	診療科	確認日	年 月 日
受取者名	受取 年月日	年 月 日	担当者
備考	料金		