

診療記録開示申請書

北里大学病院殿

下記のとおり、診療記録の開示を希望します。

患者情報	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
開示申請者情報	フリガナ		電話番号	※日中連絡がつく番号
	氏名			①
				②
	住所	〒		
開示申請者	<input type="checkbox"/> ①患者本人(※免許証、保険証等でご本人確認をさせていただきます)			
	<input type="checkbox"/> ②患者本人から委任された者(※患者本人の委任状が必要です)			
		<input type="checkbox"/> 配偶者		
		<input type="checkbox"/> 親族(父・母・子・兄・弟・姉・妹・())		
		<input type="checkbox"/> 患者の親族に準ずる者(本人との続柄:)		
		<input type="checkbox"/> その他(会社名等:)		
		<input type="checkbox"/> ③法定代理人(患者が合理的判断できない状態にある場合又は15歳未満の場合) 本人が開示申請できない理由: ()		
開示申請する範囲	期間	① 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日		
		② 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日		
		③ 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日		
	開示情報	電子カルテ(2012年(平成24年)1月より)	紙カルテ(2011年(平成23年)12月まで)	
<input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 全診療科及び看護記録を含む記録 <input type="checkbox"/> 検査結果報告書		<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 診療科等のみ(診療科等名:) <input type="checkbox"/> 看護記録等を含む記録 <input type="checkbox"/> 検査データ(画像データ以外の全ての検査結果)		
		<input type="checkbox"/> 画像データ(レントゲン・CT・MRI・核医学)	<input type="checkbox"/> 画像データ(レントゲン・CT・MRI・核医学)	
		<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()	

申請のとおり、確かに診療記録の写し(コピー)を受け取りました。

(西暦) 年 月 日 ・署名 _____ (続柄:)

※以下当院使用欄

開示確認診療科および主治医名 等	コピー後チェック
() 科)	有 ・ 無
() 医師	
() 科)	有 ・ 無
() 医師	
() 科)	有 ・ 無
() 医師	
() 科)	有 ・ 無
() 医師	

開示確認診療科および主治医名 等	コピー後チェック
() 科)	有 ・ 無
() 医師	
() 科)	有 ・ 無
() 医師	
() 科)	有 ・ 無
() 医師	
() 科)	有 ・ 無
() 医師	

(看護部)	有 ・ 無
()	

コピー枚数	白黒： 枚	総枚数
	カラー： 枚	枚

受け渡し日： 年 月 日

受け渡し者：

事務手数料受領印