

# 診療記録等の開示申込書

大分記念病院 殿

太枠内を記入して下さい。□は、該当するものにチェックして下さい。

診療記録等の開示を受けたい患者	(フリガナ) 氏名					患者番号
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	
	性別	男性	女性			
開示形態	<input type="checkbox"/> 複写の交付					<input type="checkbox"/> 閲覧および医師との面談
開示を希望する記録等	項目	診療日・部位等自由記載欄				
	<input type="checkbox"/> 医師記録					
	検査結果	<input type="checkbox"/> 採血等				
		<input type="checkbox"/> 画像				
	<input type="checkbox"/> 看護記録					
	<input type="checkbox"/> 上記全て					
<input type="checkbox"/> その他(右欄へ具体的に記入して下さい)	※別紙参照の場合、複写を提出して下さい。 <input type="checkbox"/>					
閲覧および医師との面談希望日	第一希望	年	月	日	午前・午後	時ごろ
	第二希望	年	月	日	午前・午後	時ごろ
	特に希望なし					

上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

申込日 年 月 日

申込者 氏 名 :

患者との関係 :

住 所 :

電話 番号 :

※申込者が代理人である場合は、「委任状」を併せて提出して下さい。

※申込者が代理人かつ「委任状」が提出できない場合は、別に続柄を証明できる書類を提出して下さい。

※特別な事由により来院困難な場合は、住所欄へ郵便番号の記載もお願いします。

主治医		個人情報保護責任者 (病院長)		開示決裁		最終承認者 (病院長又は理事長)	
確認日		承認 検討	会議/委員会	決裁日	可 不可		
			要 不要				
相談担当	本人・続柄確認			費用			
	運転免許証・戸籍・診察後 (その他: )			要 不要	請求金額	円	入金確認者
					入金日		