

診療情報開示申請書

安房地域医療センター
第11版 2023.11.27

安房地域医療センター 院長殿

年 月 日

次の通り、診療情報の開示を申請します。

申請者	会社名	(フリガナ)				
	氏名	(フリガナ)	男・女		1. 大正 2. 昭和 3. 平成 4. 令和	
			印		年 月 日生	
	患者さまとの関係	1. 本人 2. 法定代理人 3. 保険会社・事業所 4. その他 ()				
	住所	〒 - 電話番号 () -				
<p>* 患者さま本人が「満15歳以上の未成年者」の場合、疾病の内容によっては患者さま本人のみの申請を認めます。 * 患者さまが15歳未満の場合、若しくは重篤な病状等で同意書署名不能な場合は、理由を記載してください。 患者さま同意書署名不能な理由： 1. 15歳未満 2. 死亡 3. その他 ()</p>						

※開示を受けたい内容	患者さま氏名等	氏名	(フリガナ)	男・女		1. 大正 2. 昭和 3. 平成 4. 令和		
						年 月 日生		
	住所	〒 - 電話番号 () -						
	診療科名				1. 入院	2. 外来	3. 入院及び外来	
	1. 診療録	年	月	日	～	年	月	日
	2. 看護記録	年	月	日	～	年	月	日
	3. 処方箋	年	月	日	～	年	月	日
	4. 検査記録	年	月	日	～	年	月	日
5. 画像記録	年	月	日	～	年	月	日	
6. 医師面談	年	月	日	～	年	月	日	
7. 回答書・照会書	年	月	日	～	年	月	日	
8. その他 ()								
※開示の方法	1. 謄写 2. 閲覧 3. 謄写と閲覧 4. 要約書の交付							
※開示時の説明	1. 不要 2. 医師 3. 看護師 4. 医師と看護師							

患者さま同意書	(本人 同 意 書)	
	*必ず患者さまご本人がご記入ください。	
	私は上記の通り、申請者に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。	
	年 月 日	
	住所	_____
氏名	_____ 代諾者の(続柄) _____	
生年月日	_____ 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 月 日生	
患者さまご本人が15歳未満の場合、もしくは重篤な病状等で署名不能な場合は、代諾者(親権者、配偶者等)が記入してください。		

(注)

- (1) ※欄は該当する番号を○で囲んで下さい。
- (2) 事前に申請者本人であることを確認するため必要な書類(運転免許証、旅券、健康保険証、マイナンバーカード)、資格確認のための書類(戸籍謄本等)を提出していただきます。

病院記入欄	申請者本人の確認書類	回覧済	受付日	担当者	受渡日	担当医
	運転免許証 旅券 健康保険証 マイナンバーカード その他 ()					
	申請者資格確認書類	(ID: _____)				
戸籍謄本 その他 ()						