

記入例

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

申請者:本人

2023 年 11 月 27 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) アワ タロウ 男 女                                   | 1. 大正 2. 昭和 3. 平成 4. 令和 |  |
|     |          | 安房 太郎 印   | 〇〇年 〇〇月 〇〇日生            |  |
|     | 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       | 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇<br>千葉県〇〇市△△町××××<br>電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇 |                         |  |

\*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 ( )

|           |                                |         |                |                         |                 |
|-----------|--------------------------------|---------|----------------|-------------------------|-----------------|
| ※開示を受けた内容 | 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 |                 |
|           |                                | 同上      |                | 年 月 日生                  |                 |
|           |                                | 住所      | 〒 - 同上         |                         |                 |
|           |                                |         | 電話番号 ( ) -     |                         |                 |
|           |                                | 診療科名    | 総合診療科          | 1. 入院 2. 外来 3. 入院及び外来   |                 |
|           |                                | 1. 診療録  | 2023 年 4 月 1 日 | ~                       | 2023 年 4 月 30 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   |         |                |                         |                 |

( 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。

2023 年 11 月 27 日

住所 千葉県〇〇市△△町××××

氏名 安房 太郎 代諾者の(続柄)

生年月日 大正・昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生

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<br>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<br>その他 ( )                     |        |     |     |     |     |