

開示依頼書

豊見城中央病院 病院長 殿 年 月 日 提出

患者ID: 受付整理番号:

| | | | | | |
|------|--|--------|---|---|----------------|
| 依頼者欄 | 氏名 | (フリガナ) | 印 | 男 | 西暦 大正 昭和 平成 令和 |
| | | | | 女 | 年 月 日生 |
| | 患者との関係 1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人 4. その他() | | | | |
| 住所 | 〒 都府 郡区 町 電話番号() 道県 市 村 | | | | |

(注1)「氏名」欄は必ず依頼者本人が署名して下さい。
(注2)「住所」欄は、依頼者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番、アパート名まで詳しく記入して下さい。
(注3) 当院受診のものに限り(注4)ご依頼の謄写代金については別途実費分がかかります□
(注5) 申請者の都合によりキャンセルする場合でも、基本料金はお支払い頂きます□

次のとおり診療録等の開示(交付)を依頼します。

| | | | | |
|------------|-------------------------------------|---------|-------|--|
| 患者欄 | 氏名 | (フリガナ) | 男 | 西暦 大正 昭和 平成 令和 |
| | | | 女 | 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 都府 郡区 町 電話番号() 道県 市 村 | | | |
| *開示を受けたい内容 | *入院・外来の別 (1. 入院 2. 外来 3. 入院及び外来) | | 提供方法 | <input type="checkbox"/> 紙媒体(白黒コピー) <input type="checkbox"/> 電子媒体(CDまたはDVD) |
| | 1. 診療録(医師) | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | |
| | 2. 退院時要約(サマリー) | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | |
| | 3. 処方記録 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | |
| | 4. 手術および麻酔記録 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | |
| | 5. 検査記録 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | |
| | 6. 画像記録(X線・CT・エコー・MRI) | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | |
| | 7. 看護記録 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | |
| 8. その他() | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | | |
| 備考 | | | | |

(注1) 患者欄の氏名には、受診当時の氏名を記入して下さい。
(注2) 依頼者が患者様本人で、現在、受診当時の「氏名及び住所」に変更がなければ患者欄の記入は不要です。
(注3) *の欄は該当する番号を○で囲んで下さい。また期間を記入して下さい。
該当する内容がない場合は「8. その他」へ記入してください。
(注4) 開示終了後に「※開示依頼者の署名」に署名して下さい。
(注5) 開示された内容(情報)の取り扱いには十分ご注意下さい。

----- 開 示 終 了 後 -----

※開示依頼者(代理受領者)の署名

年 月 日 (自筆署名ある場合は押印不要) 印