

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 女	西暦 大正 昭和 平成 令和			
								年
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 欄	〒 - 都府道県		電話番号() -					
			郡区市	町村				

(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ます (注4)ご依頼の賃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)		印	男 女	西暦 大正 昭和 平成 令和			
								年
住 所 欄	〒 - 都府道県		電話番号 () -					
	郡区市	町村						
*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 _____ 印
(自筆署名ある場合は押印不要)