

診療録等開示の申請書

沖縄協同病院 院長殿

2021.12.6改訂
沖縄協同病院

【申請時記入欄】

○ 患者情報 ※消せるペンでの記入はお控えください。

患者名	性別	生年月日
フリガナ	男・女 M T S H R	年 月 日
氏名		
(住所)		ID(カルテ番号)
〒		

○ 開示の内容(希望する事項の□ にチェックしてください。)

開示方法	<input type="checkbox"/> ・謄写(コピー) <input type="checkbox"/> ・閲覧	
記録の種類	<input type="checkbox"/> ・診察記録(医師記録) <input type="checkbox"/> ・看護記録 <input type="checkbox"/> ・検査記録 <input type="checkbox"/> ・手術記録	<input type="checkbox"/> ・麻酔記録 <input type="checkbox"/> ・画像記録(レントゲン・CT・MRI 超音波・内視鏡) <input type="checkbox"/> ・その他()
期間	年 月 日 ~ 年 月 日までの分 年 月 日 ~ 年 月 日までの分	
その他		

○ 申込者情報

申込者(自筆)氏名	性別	患者様との関係
フリガナ	男・女	1. 本人 2. 家族(続柄)
氏名		3. その他()
(住所)		(電話番号)
〒		<input type="checkbox"/> 自宅または携帯 <input type="checkbox"/> 職場
本人確認・資格確認書類等	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 住民票(続柄有のもの) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 除籍謄本 <input type="checkbox"/> その他()	

上記のとおり、診療録等の開示を申請します。

【受け取り時記入欄】

受取人(自筆)氏名	患者様との関係
フリガナ	1. 本人 2. 家族(続柄)
氏名	
(住所)	
(電話番号)	
〒	
<input type="checkbox"/> 自宅または携帯 <input type="checkbox"/> 職場	
本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()

【病院記入欄】

受付日	受付者	医療事務課長	担当医確認日	院長確認日	診療情報管理室	開示日/受渡日	料金
	Ⓜ	Ⓜ			Ⓜ Ⓜ		

●開示/受け渡し、料金徴収終了後に申請書をスキャナしてください。