

診療録等の開示申請書

年 月 日

医療法人徳洲会 札幌徳洲会病院
院長 奥山 淳 様

私は、下記の通り貴院が知り得るすべての診療録等に関する情報開示の申請をいたします。

■診療記録等の開示を求める患者情報

| | | | |
|------|--------------------------|----|-------|
| ID | | | |
| フリガナ | | | |
| 患者氏名 | (姓名変更があった場合は、受診当時の姓名を記載) | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |

■開示希望記録

| | | | |
|----------|--|---------------------------------|----------------------------------|
| 診療科 | | | |
| ※入院・外来区分 | <input type="checkbox"/> 入院診療記録 | <input type="checkbox"/> 外来診療記録 | <input type="checkbox"/> 入院・外来両方 |
| 開示期間 | 年 月 日 | ~ | 年 月 日 |
| ※開示内容 | <input type="checkbox"/> 診療録のみ <input type="checkbox"/> 画像のみ(CT・MRI・レントゲン) <input type="checkbox"/> 診療録・画像(CT・MRI・レントゲン)すべて <input type="checkbox"/> その他() | | |

注1)※の欄は、該当する項目をチェックしてください。
注2)画像はCD-Rでのお渡しになります。

私は、上記の内容の診療録等の開示を希望します。

申請者

氏名: _____ (印)

患者との関係: _____

住所: 〒 _____

連絡先: _____

【病院使用欄】

本人確認書類 委任状 法定代理人である旨の証明書 戸籍謄本

| | | |
|------|---|-----|
| 受付受取 | / | (印) |
|------|---|-----|

| | | |
|------|---|-----|
| 病歴受取 | / | (印) |
|------|---|-----|