

様式1

# 診療記録等の開示申請書

2019年 5月 1日

北見赤十字病院院長 様

下記のとおり、診療記録等の開示を申請致します。

申請日をご記入ください

申請者氏名 (自署) <sup>(フリガナ)</sup> ニッセキ <sup>ニッセキ</sup> タロウ <sup>タロウ</sup> 日赤 太郎

開示を希望される診療記録について太枠内をご記入ください

患者との関係 夫

申請される方についてご記入ください

〒 000-0000  
住所 北見市〇〇町×× - △

電話番号 0157-12-3456

※日中連絡が取れる番号をご記入ください

フリガナ	ニッセキ ハナコ	患者ID	1234567
患者氏名	日赤 花子 <input type="checkbox"/> 申請者本人		
生年月日	1950年 1月 1日		
住所	〒		
電話番号	申請者と同じ場合はチェックのみで結構です <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
開示を希望する記録	1. すべて 2. 一部 (□にチェックしてください) <input checked="" type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input checked="" type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 画像レポート <input type="checkbox"/> 画像 (CDでお渡し) <input type="checkbox"/> その他 (		
診療科	1. すべて 2. 一部 (□にチェックしてください) <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 神経精神科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 頭頸部・耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック・診療内科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科		
期間	年 月 日 ~ 年 月 日 備考: 内科の初診から3年間分		
開示方法	<input checked="" type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 医師による口頭説		
お渡し方法	<input type="checkbox"/> 手渡し (来院) <input checked="" type="checkbox"/> 郵送・料金振込		

「開示を希望する記録」、「診療科」、「期間」は、開示を希望される項目にチェック・記入してください。詳細がご不明な場合は、お分かりになる範囲で結構です。

郵送の場合、郵送料金(510円～)と振込手数料のご負担をお願い致します

※確認事項

- ・本人確認 月日: / ①
- ・必要書類 月日: / ①

・開示書類受領 年 月 日 担当者 ①

**こちらは記入不要です**

受領者