

## 診療記録等の開示申請書

年 月 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。

(フリガナ)  
申請者氏名

患者との関係

〒  
住所

電話番号

※日中連絡が取れる番号をご記入ください

フリガナ		患者ID	
患者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者本人		
生年月日	年 月 日		
住所	〒		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
電話番号			<input 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 type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 病理結果 <input type="checkbox"/> 画像レポート <input type="checkbox"/> 画像データ(CD) <input type="checkbox"/> 部門記録(リハビリ、ソーシャルワーカー等) <input type="checkbox"/> 処方・注射 <input type="checkbox"/> 問診票・説明書同意書 <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 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:		
開示方法	<input type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> 閲覧 ※原則2時間までとさせていただきます ※ 閲覧中の複写を含みます		
お渡し方法	<input type="checkbox"/> 手渡し(来院) <input type="checkbox"/> 郵送・料金振込 ※別途送料をご負担いただきます		

## ※確認事項

・本人確認

月日: / ㊟

・必要書類

月日: / ㊟

・開示書類受領

年 月 日 担当者 ㊟

受領者