

診療記録等の開示申請書

2024年 10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 (フリガナ) ニッセキ ハナコ 太郎

患者との関係 夫

〒 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

申請される方について
ご記入ください開示を希望
される診療
記録につい
て太枠内を
ご記入
ください

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	〒	申請者と同じ場合は チェックのみで結構です	<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 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"/> 画像データ(CD) <input type="checkbox"/> 処方・注射 <input type="checkbox"/> 問診票・説明書同意	「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。	
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 ※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	郵送・料金振込の場合、 送料と振込手数料の ご負担をお願い致します	

※確認事項

- 本人確認
月日: / /
- 必要書類
月日: / /

開示書類受領 年 月 日 担当者

こちらは記入不要です

受領者