

# 診療記録開示申請書

日立総合病院長 殿

開示を 受けたい患者	患者番号	— —		
	フリガナ			
	患者氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日
	住 所			
	電話番号	( )		
開示の方法 および 開示を希望 する記録	診療科名			
	診療期間	(西暦)	年 月 日 ~ (西暦)	年 月 日
	診療区分	( ) 入院 ( ) 外来		
	開示方法	( ) 閲覧 ( ) 説明書の交付 ( ) 写しの交付(全部) ( ) 写しの交付(一部)		
	一部 希望 の 場合 の み	注：写しの交付で「一部」を希望する場合は、以下に希望する記録を指定して下さい。 ( ) 入院時の要約書 ( ) 看護記録 ( ) 臨床経過記録書(カルテ[入院・外来]) ( ) リハビリ記録 ( ) 手術関連記録(手術、麻酔、輸血等) ( ) 治療計画・説明・同意・確認書 ( ) 検査関連記録(検査報告書等) ( ) 剖検記録 ( ) 医師指示書関連記録(処方、検査等) ( ) 画像資料(X線・CT・MR等[フィルム・CD-R]) ( ) 指導記録(栄養指導等) ( ) その他( )		
交付方法	注：写しの交付を希望する場合は、以下の交付方法を指定して下さい。(画像資料のみは不要です) ( ) 紙 ( ) CD-R※ ※2018年3月以降の診療記録が対象となります。それ以前は全て紙で交付いたします。月をまたぐ場合は別途ご相談ください。			
閲覧希望日	( ) 希望無			
	( ) 希望有	第1希望	(西暦) 年 月 日 午前・午後	
		第2希望	(西暦) 年 月 日 午前・午後	

上記の通り、診療記録の開示を申請致します。

(西暦) 年 月 日

申請者(正)(社名)  
氏名: \_\_\_\_\_  
郵便番号: 〒 — \_\_\_\_\_  
住 所: \_\_\_\_\_  
電話番号: ( ) \_\_\_\_\_  
患者との関係: ( ) 本人  
                  ( ) 法定代理人  
                  ( ) 法定代理人以外の親族またはこれに準ずる者  
                  ( ) 任意の代理人  
                  ( ) その他

申請者(副)(社名)  
氏名: \_\_\_\_\_  
郵便番号: 〒 — \_\_\_\_\_  
住 所: \_\_\_\_\_  
電話番号: ( ) \_\_\_\_\_  
患者との関係: ( ) 本人  
                  ( ) 法定代理人  
                  ( ) 法定代理人以外の親族またはこれに準ずる者  
                  ( ) 任意の代理人  
                  ( ) その他

当院 記載欄	申請時	申請日	年 月 日
		申請者確認	( ) 運転免許証 ( ) パスポート ( ) マイナンバーカード ( ) その他 ( )
		患者との関係	
	添付書類	( ) 委任状 ( ) その他 ( )	
	開示時	申請者確認	( ) 運転免許証 ( ) パスポート ( ) マイナンバーカード ( ) その他 ( )
開示日		年 月 日	