

診療記録開示申請書

(西暦) 年 月 日

社会医療法人共愛会 戸畑リハビリテーション病院
病院長 殿

下記のとおり、診療記録の開示を請求いたします

申請者氏名 _____ 受診者との関係 _____

住 所 _____

電話番号 _____
(日中連絡がとれる連絡先)

診療記録の開示を受けたい受診者			
受診者氏名			
住 所			
生 年 月 日			
電 話 番 号			
診 療 科		主 治 医	
開示を希望する番号に○をつけてください		情報提供方法の希望する番号に○をつけてください	
1 診療記録(カルテ)		1 閲覧	
2 手術記録		2 口頭による説明	
3 検体検査結果報告書		3 謄写	
4 画像診断結果		4 要約書の交付	
撮影方法 (X線 CT MRI 超音波)		希望期間	
媒 体 (CD-R フィルム レポート)		年 月 日から	
5 看護記録		年 月 日までの	
6 その他 ()		(入院 ・ 外来) 診療記録	
開示を希望する理由(差し支えない範囲でご記入ください)			

* 事務局処理欄

申込者本人確認方法

1つでよい	運転免許証 療育手帳 旅券	運転経歴証明書 身体障害者手帳 在留カード	写真付住民基本台帳カード 精神障害者保健福祉手帳 外国人登録証明書
2つ必要 A+AまたはA+B	(A) 保険証 診察券 介護保険被保険者証	国民年金手帳 同意書(本人以外申込の場合)	国民・厚生年金証書
	(B) 会社の身分証明書 学生証	公的機関が発行した写真付資格証明	

申込者資格確認方法

戸籍謄本	住民票	家庭裁判所の証明書	その他、代理人関係を確認し得る書類
------	-----	-----------	-------------------