

診療記録等開示申出書

令和 年 月 日

医療法人寿鶴会 菅野病院
院長 菅野 隆 殿

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

下記のとおり診療記録等の開示を申出します。

太枠の中をご記入ください。

1 開示を求め る診療記録 の内容	<input type="checkbox"/> 診療録（カルテ） <input type="checkbox"/> 処方内容 <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 検査所見 <input type="checkbox"/> 画像記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	・診療開示を希望する診療科（ _____ ） ・診療を受けた期間（ _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月）		
2 開示区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 複写		
3 申請者が患 者本人以外 の場合	申請者と患者 の関係	<input type="checkbox"/> 患者の親族（続柄 _____ ） <input type="checkbox"/> 未成年者の親権者もしくは後見人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
	患者の氏名及 び生年月日	氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 性別 男・女	
	患者の住所及 び電話番号	住 所 _____ 電話番号 _____	

注1 申出の際には、申出者本人であることが確認できる書類（運転免許証、旅券、健康保険証等）の提示が必要です。

2 代理人が申出する場合は、上記1の書類のほか、その資格が確認できる書類の提出又は提示が必要です。なお、患者本人が15歳以上の場合は、開示について本人の同意が必要です。

※病院使用欄	申出者本人確認欄	1 運転免許証 2 旅券 3 健康保険証等 4 その他（ _____ ）
	申出者資格確認欄	1 戸籍謄本 2 健康保険証等 3 その他（ _____ ）
※備考	担当医師 署名	その他