

診療記録の開示申出書

令和 年 月 日

長崎県島原病院長 様

申出日を記入

(ふりがな)

申出者 氏 名

〒

住 所

生年月日 年 月 日

電話番号

続柄 ①患者本人 ②親族 ③法定代理人 ④その他 ()

確認書類 ①運転免許証 ②マイナンバーカード

③戸籍標本 ④その他 ()

次のとおり、診療記録の開示を申し出ます。

確認書類の記入は不要です。

1 開示を求める 期間・内容	期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 診療記録・看護記録 <input type="checkbox"/> 処方せん記録 <input type="checkbox"/> 放射線検査等の画像 <input type="checkbox"/> 採血検査結果 <input type="checkbox"/> 画像検査報告書 <input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> その他 ()
2 開示の区分	(1) 閲覧 (2) 写しの交付 (3) 要約書の
3 申出者が患者 本人以外 の場合は必ず記 入して下さい	(1) 患者の氏名及び生年月日 (ふりがな) 氏 名 生年月日 年 月 日 性別 男 ・ 女 (2) 患者の住所及び電話番号 住 所 電話番号 (3) 代理人が申請する理由
4 開示を求める 診 療 科	分からない場合は不要です。
5 開 示 の 希 望 日 時	お急ぎの場合は、ご記入ください。 ただし、ご期待にそえないこともあります。

期間の記入と内容に☑をお願いします。

患者本人以外の申出の場合のみ記入して下さい。

(注)「開示を求める期間・内容」欄は、申し出する診療記録が特定できるように具体的に記入してください。
なお、都合により、希望にそえない場合もあります。