

カルテ等診療情報開示申出書

申出日：西暦 年 月 日

瀏野辺総合病院 病院長 様

申出者 氏 名.....印

住 所.....

電話番号.....連絡希望時間帯.....

下記のとおり申し出ます。(1から3まで必要事項をご記入ください)「*」印は担当者記入欄です。

1 申出に係る 診療情報内容 ◎他欄には、1から4 以外に開示を希望する 書類等があればご記入 下さい ◎申出理由として 当てはまるものに○を 記入してください。		閲覧	複写	診察日、部位等の詳細
	1. 診療録 (カルテ)のみ			
	2. 検査記録、検査成績表			
	3. 検査画像 (フィルム等)			
	4. 診療経過の要約書			
他				
申出理由	() 他院での診察に利用 (セカンドオピニオン含む) () 病院以外への提出資料として利用 () () 遺産相続 () その他 ()			
2 患者本人以外による 申出の場合、必要と なる情報	患者本人の状況 ◎その他欄には必要 に応じて患者状況 をご記入下さい	() 被後見人 () 未成年者 () 成年者 その他 ()		
	患者との関係			
3 患者に関する情報	患者本人の氏名			
	生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日		
	患者カルテ番号(ID)			
	患者本人の住所 および電話番号 ◎申出者が患者本人と 異なる場合ご記入下さい。	〒 電話： ()		
* 担当者 記入欄	申出者本人確認欄	() 運転免許証 () 旅 券 () 健康保険証 () その他 ()		
	申出者資格確認欄	() 戸籍謄本 () その他 ()		
* 備 考				

注1 「申出に係る診療情報の内容」欄は、開示の申出をし ようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入 してください。 2 法定代理人による申出の場合は、申出者であるこ とを証明する書類に加え、資格を有することを証 明する書類を提出し、又は提示してください。	また、患者本人(禁治産者を除く)以外の申出の 場合は本人の同意書(様式任意)を提出して下さい。 3 「閲覧」及び「口頭による説明」の結果で、さらに 「要約書の交付」を希望されることも可能です。 4 当院規定により、診療情報開示料金を徴収いたしま す。
--	--

*回答欄 主治医	() 申出の受理：日付西暦 年 月 日 () 回答書による返答 サイン	*受付者	
			交付日

2020年08月11日改正