

## 診療記録の開示申請書

リハビリテーションセンター熊本回生会病院 病院長 殿

以下のとおり、診療記録の開示を申請いたします。

申込年月日 年 月 日

|       |      |                   |   |   |   |
|-------|------|-------------------|---|---|---|
| 請求者氏名 | ふりがな | 生年月日              | 年 | 月 | 日 |
| 住所    | 〒    | 電話番号<br>(日中連絡可能な) | — | — |   |
|       |      | メールアドレス           |   |   |   |

## 1. 開示を受けたい患者様の情報

|       |  |       |      |      |   |   |   |
|-------|--|-------|------|------|---|---|---|
| 診察券番号 |  | 患者様氏名 | ふりがな | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|--|-------|------|------|---|---|---|

## 2. 請求者と患者様のご関係 (☑をお願いします)

患者様本人 (証明するものをご提示ください)

患者様の親族 患者様からみて ( ) (患者様との関係を示す書類をご提示ください)

その他 ( ) (証明するものをご提示ください)

## 3. 開示請求の内容 (該当する箇所に○を記入し、診療期間・部位等をご記入ください)

| 記録内容            | 診療期間・部位等             |
|-----------------|----------------------|
| 1. 外来診療録        | 期間： 年 月 日～ 年 月 日     |
| 2. 入院診療録        | 期間： 年 月 日～ 年 月 日     |
| 3. X線写真 (レントゲン) | 期間： 年 月 日～ 年 月 日 部位： |
| 4. CT・MRI       | 期間： 年 月 日～ 年 月 日 部位： |
| 5. その他          | 期間： 年 月 日～ 年 月 日 内容： |

## 4. 委任状 (請求者と開示を受けたい患者様が異なる場合はご記入ください)

| 委任状   |   |
|---|---|
| 私は、「診療記録等の開示申込書」のとおり、リハビリテーションセンター熊本回生会病院が保有する私の診療記録を ( ) に開示されることに同意します。 |   |
| (※患者様本人が故人の場合、ご親族欄にご署名をお願いします)  |   |
| 患者様本人 (自署)  | 印 |
| ご親族 (続柄： ) (自署)   | 印 |

## 5. 受取方法 (☑をお願いします)

窓口  郵送 (郵送先住所：〒 )

病院使用欄

|          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| 請求者本人確認欄 | ①運転免許証 ②マイナンバーカード ③資格確認書 ④その他 ( ) |
| 請求者資格確認欄 | ①戸籍謄本または戸籍抄本 ②住民票等 ③委任状 ④その他 ( )  |
| 受付日      | 受付者                               |
| 担当医確認日   | 担当医意見 ①同意 ②不同意                    |
| 院長確認日    | 院長決済 ①開示 ②保留 ③開示不可                |