

## 診療記録等の開示申請書

年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院 院長 殿

私は、下記のとおり診療記録等の開示を希望します。

尚、出来上りの連絡（電話または郵送）から1ヶ月以上の期間、未入金および受取りに来院しない場合は、複写が破棄されることに同意します。

診療記録等の開示を受けたい患者氏名	(フリガナ)	
	患者氏名	
	患者ID番号	
	住 所	
	電 話 番 号	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和
開示を希望する記録 (該当する所に チェックを記入)	診療科名	( )科、( )科 <input type="checkbox"/> 記録のある全診療科
	診療録等の種類	<input type="checkbox"/> 入院カルテ ( <input type="checkbox"/> サマリーのみ) <input type="checkbox"/> 外来カルテ
	請求する期間	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 記録のある全期間
	開示希望内容	<input type="checkbox"/> 診療録の記載内容全て (診療録・手術記録・検査記録・画像記録) <input type="checkbox"/> 診療録のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	出力方法	<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD-R
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)		
備考		

開示申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

<b>【病院使用欄】</b> 申込者本人確認方法 <input type="checkbox"/> 運転免許証・パスポート等 <input type="checkbox"/> 健康保険証・年金手帳・介護保険証 <input type="checkbox"/> 代理人証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 除籍謄本・住民票 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	開示申込書受取	/
	診療録受渡し	/
		サイン:
		サイン: