

医療記録の開示請求書

総合病院厚生中央病院 病院長 様

※太枠内のみ記入してください

受診者	氏名	(フリガナ)	男	生年月日				
			女	西暦	年	月	日 生	
	住所	(〒 -) 都道府県		電話 (- -)				
状況	1 成年被後見人・被保佐人 2 未成年者 (ア 満15歳以上 ・ イ 満15歳未満) 3 故人 4 成人かつ判断能力に疑義がある状況 5 いずれでもない							
開示請求する医療記録の内容	受診科名	開示請求期間			開示請求医療記録種別			
		西暦 年 月 日から	☐ 診療録 ☐ 検査所見記録 ☐ 医療画像 ☐ 看護・助産録 ☐ その他 () (必要にレ点)					
	科	西暦 年 月 日まで						
開示方法 (どちらか)	☐ 写し (医療記録：紙 医療画像等：CD-ROM等) ☐ 閲覧 (1 時間以内)							
上記の通り、医療記録の開示を請求します。								
西暦 年 月 日								
申立人 氏名 _____ 印								
受診者との関係 本人・その他 (_____)								
住 所 _____								
電話番号 _____								

----- 以下は病院記載欄です。記入しないでください。 -----

20 年 月 日受付 受領者：		診療科医師確認	科	科	科	科	科	
申立人確認書類 別表の番号 (27番以上は2つ必要) 番 番 ☐ 写し保管			責任者	責任者	責任者	責任者	責任者	
整理番号	第 号							
実施形式	☐ 写し交付 紙 (A4) 枚 CD-ROM等 枚		主治医	主治医	主治医	主治医	主治医	
	☐ 閲覧 付添職員 (予定)：		医師	医師	医師	医師	医師	
費用	円	☐ 請求 ☐ 免除		☐ 開示同意 ☐ 一部同意※ ☐ 非開示※ ※理由： _____ 印				
		免除理由						

院長	副院長	副院長	事務部長	看護部長	医療安全			事務次長	医事課長	診療情報管理士		
					管理者							

実施記録	年 月 日	☐ 写し交付 (対応職員) 時 分 ☐ 閲覧実施 (付添職員) 時 分 ~ 時 分			