

## 診療記録開示依頼書

年 月 日

社会医療法人社団大久保病院 統括院長殿

開示対象患者	フリガナ	
	患者氏名	
	生年月日	年 月 日生
	住 所	
	電話番号	

開示を希望する範囲 (該当するものに○をして下さい)	1. 診療録	
	2. 医師記録	
	3. 看護記録	
	4. 検査記録	
	5. 画像記録	
	6. その他 ( )	
	入院 ・ 外来 ・ 両方	
	期間： 年 月 日～ 年 月 日	

開示方法 (該当するものに○をして下さい)	1. 閲覧	
	2. 医師による説明	1回 3,300円 (30分以内)
	3. 写しの交付	手数料 220円～ / CD-R 1,650円
	4. 要約書	4,400円

上記のとおり、診療情報の開示を希望します。

開示請求者	フリガナ	
	氏 名	
	患者との関係 (該当するものに ☑をして下さい)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人[ ] <input type="checkbox"/> 本人の世話をを行う親族及びこれに準ずる方[ ] <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人[ ]
	※ 住 所	
	※ 電話番号	

※ 開示対象患者と開示請求者が異なる場合は、  
住所・電話番号をご記入ください。  
本人確認書類と別に①委任状、②患者本人との関係を証明する書類等が必要です。

※当院使用欄 ID :

申込者確認書類				
1. 運転免許証	2. 旅券	3. 健康保険証	4. 戸籍謄本	5. その他 ( )

統括院長	主治医	看護部長	業務部長	診療情報管理室長	受付担当

・医師確認欄 ( 主治医 ・ 統括院長 )

1または2に必ずし、2に該当する場合は該当項目、非開示とする範囲にもをお願いします

- 1. 開示が不適当な場合に該当しない
- 2. 開示が以下の不適当な場合に該当する
  - 患者本人の心身を著しく損なうことが懸念される
  - 対象となる診療記録の開示が、第三者の利益を害する恐れがある
  - 対象となる診療情報が第三者から得た情報で、当該第三者の了解が得られない
  - その他、開示を不適当とする相当な事由がある ※事由を下記に記載

非開示とする範囲

- 全部
- 一部 ※開示が不適当と判断したカルテ記録の日時等を下記に記載

・事務記載欄

閲覧

実施日	
実施時間	～

医師による説明

実施日	
実施時間	～

写しの交付

紙	枚
CD-ROM	枚
受け渡し日	

要約書

受け渡し日	
-------	--

金額	円
----	---