

診療記録等の開示申請書

日本医科大学多摩永山病院 院長 殿

下記の通り、診療記録等の開示を申請いたします。

| | | | |
|------------------|---|---|---|
| 患者氏名 | | 患者番号 | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生 | | |
| 開示方法 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> カルテ (<input type="checkbox"/> 紙発行 <input type="checkbox"/> CD (PDFデータ)) <input type="checkbox"/> 放射線画像 (CD) | | |
| 診療科 | 循環内・血内・腎内・脳内・消外・乳腺・形成・呼外・呼内・脳外・整形・小児 眼科・女産・耳鼻・皮膚・泌尿・麻酔・消内・救命・精神・放射・放治・総診 | | |
| | 対象期間 年 月 日 ～ 年 月 日 入院 / 外来 | | |
| 記録の種類 | 希望する記録およびコピー方法を選択してください。 ※2021年1月1日以降は電子カルテです。 | | |
| | ①写真・絵図等のカラーコピー対応 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | |
| | ②紙カルテ | <input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 (エコー写真 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> リハビリ記録 <input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 診断書・証明書・意見書 (保険会社等) | (注意事項) ・入院期間中は他科記録を含みます。 ・CD希望の場合、カルテと放射線画像はそれぞれ別のCDにコピーします。 ・CDはコピー容量により複数枚になる可能性があります。 ・カルテPDFは判読しづらい場合があります。 |
| | ③電子カルテ | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (当院発行) | |
| | ④放射線画像 | <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> CD | |
| | 備考 | | |
| 受け取り方法 | <input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送 | | |
| 支払い方法 | <input type="checkbox"/> 来院時窓口 (現金) <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 口座振込 | | |
| 開示希望日 (来院の場合) | 医師立会い希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | ① 年 月 日 () 午前/午後 ② 年 月 日 () 午前/午後 | | |

※開示希望日は、受付日より3週間以後の日付を記入願います。(土曜・日曜・祝日・年末年始を除く)

上記注意事項に同意し申請いたします。

| | | | |
|---------------|-------------------------|---------------------|--|
| 申請日 | 年 月 日 | 電話 (連絡先) | 日中連絡のとれる番号を記入願います。 |
| 申請者氏名 (自署) | フリガナ 印 | | ① () ② () |
| 申請者住所 | 〒 | | |

代理申請者は、以下も記入して下さい。

| | |
|--------|---------|
| 患者との関係 | 代理申請の理由 |
|--------|---------|

(注) 代理申請には、患者さまからの委任状が必要です。
 法定代理人は、法定代理人であることが確認できる書類が必要です。
 遺族の場合は、法定相続人であることを証明する書類が必要です。

| | | |
|-------|-------------------------|---------------------|
| 受 付: | 年 月 日 | 日本医科大学多摩永山病院 受付者 |
| 委任確認: | 年 月 日 | 印 |

記入見本

患者氏名、患者番号、生年月日を記入してください。

「閲覧」または「カルテ」「放射線画像」にチェックをお願いします。

・希望する診療科に○
・対象期間
・「入院」「外来」いずれかもしくは両方に○を記入してください。

・①カーコピー対応
・②～④希望する記録にチェックをお願いします。
※2021年1月1日以降は電子カルテです。

・受け取り方法
・支払い方法にチェックをお願いします。

受け取り方法が来院の方は
・医師立会い希望
・希望日時（概ね3週間後以降）を記入してください。

・申請日
・申請者氏名（押印必須）
・申請者住所
・連絡のとれる番号を必ず記入してください。

代理申請時は記入してください。

【様式第1-1号】

診療記録等の開示申請書

日本医科大学多摩永山病院 院長 殿

下記の通り、診療記録等の開示を申請いたします。

| | | | | |
|---------------|--|--|---|--------|
| 患者氏名 | 永山太郎 | | 患者番号 | 123456 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 令和 ××年 ○月 △日生 | | | |
| 開示方法 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> カルテ (<input checked="" type="checkbox"/> 紙発行 <input type="checkbox"/> CD (PDFデータ)) <input checked="" type="checkbox"/> 放射線画像 (CD) | | | |
| 診療科 | <input checked="" type="checkbox"/> 循環内 血内・腎内・脳内・消外・乳腺・形成・呼外・呼内・脳外・整形・眼科・女産・耳鼻・皮膚・泌尿・麻酔・消内・救命・精神・放射・放治 | | | |
| 対象期間 | 20××年 ○月 △日 ~ 20××年 ○月 △日 | | 入院 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 | |
| 記録の種類 | 希望する記録およびコピー方法を選択してください。 ※2021年1月1日以降は電子カルテです。 | | | |
| | ①写真・絵図等のカラーコピー対応 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 (エコー写真 必要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 診断書・証明書・意見書 (保険診療) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (当院発行) | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 電子カルテ <input checked="" type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input checked="" type="checkbox"/> 放射線画像 <input checked="" type="checkbox"/> CD <small>(注意事項) ・入院期間中は他科記録もCD希望の場合、カルテと併せて別々のCDにコピーします。 ・CDはコピー容量により複数枚になる可能性があります。 ・カルテPDFは判読しづらい場合があります。</small> | | | |
| 受け取り方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送 | | | |
| 支払い方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 来院時窓口 (現金) <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 口座振込 | | | |
| 開示希望日 (来院の場合) | 医師立会い希望 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ① 20××年 ○月 △日 (<input type="checkbox"/> 午前 午後 ② 20××年 ○月 △日 (<input type="checkbox"/>) | | | |

※開示希望日は、受付日より週間以後の日付を記入願います。(土曜・日曜・祝日・年末年始を除く)

上記注意事項に同意し申請いたします。

| | | | | |
|------------|--------------------------|--|----------|--------------------|
| 申請日 | 20××年 ○月 △日 | | 電話 (連絡先) | ① ××× (0000) ② () |
| 申請者氏名 (自署) | 永山花子 印 | | | |
| 申請者住所 | 〒206-0025 東京都多摩市永山1丁目0-0 | | | |

代理申請者は、以下も記入して下さい。

| | | | |
|--------|---|---------|-----------------|
| 患者との関係 | 妻 | 代理申請の理由 | 例) 患者本人が来院できない為 |
|--------|---|---------|-----------------|

(注) 代理申請には、患者さまからの委任状が必要です。
 法定代理人は、法定代理人であることが確認できる書類が必要です。
 遺族の場合は、法定相続人であることを証明する書類が必要です。

| | | |
|-------|-------|------------------|
| 受付: | 年 月 日 | 日本医科大学多摩永山病院 受付者 |
| 委任確認: | 年 月 日 | 印 |