

# 診療記録開示申請書・同意書

日本赤十字社長崎原爆病院長 様

|           |        |                          |            |           |
|-----------|--------|--------------------------|------------|-----------|
| 申請日       | 年 月 日  | ※太枠内をご記入ください。            |            |           |
| 申請者       | ふりがな   | 連絡先(自宅・携帯・勤務先)           |            |           |
|           | 氏名     |                          |            |           |
|           | 住所     | 〒                        |            |           |
|           | 患者との関係 | 1. 患者本人 ・ 2. ( )         | 2の場合委任状    | 有 ・ 無 ( ) |
| 開示を希望する患者 | ふりがな   | 患者ID                     | ※当院で記入します。 |           |
|           | 氏名     |                          | 性別         | 男 ・ 女     |
|           | 生年月日   | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生 |            |           |
|           | 住所     | 〒                        |            |           |

## ※本人確認書類

免許証 マイナンバー 健康保険証 パスポート 官公庁等が発行した写真付き証明書 その他( )

## ◆開示を希望する内容 (希望する番号に○をご記入ください)

|      |    |                     |
|------|----|---------------------|
| 申込内容 | 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日       |
|      | 1  | 診療記録【 医師記録 ・ 看護記録 】 |
|      | 2  | 検査結果・検査成績           |
|      | 3  | 退院時要約               |
|      | 4  | 解剖結果記録              |
|      | 5  | CT・MRI画像(CD-R)      |
|      | 6  | その他                 |

|        |  |
|--------|--|
| 受け取り方法 | <input type="checkbox"/> 来院 → 受け取り来院予定日 年 月 日  |
|        | <input type="checkbox"/> 郵送受け取り → レターパック・返信用封筒(別途切手貼付) ※遠方ややむを得ない場合                    |
| 支払い方法  | <input type="checkbox"/> 窓口支払い <input type="checkbox"/> 銀行振込み 来院の場合 受付時間:平日9時~16時00分まで |

## ※注意事項

- ・代理で申請される方は申請時に、患者の委任状及び代理の方の身分証明書を確認させていただきます。
- ・文書作成にあたり2週間~1ヶ月程度の日数をいただいておりますが、内容によりそれ以上かかる場合もあります。
- ・受け取りの際も身分証明書と印鑑が必要となりますので、ご持参ください。
- ・本書写しを控えとしてお渡しますので、受け取りの際にご持参ください。

上記金額を了承の上、診療記録開示の申請をいたします。

年 月 日 署名 印

上記申請した開示書類について、受領いたしました。

年 月 日 署名 印

2024年2月7日改訂