

申込書の記入方法

- ① 開示する患者の氏名
- ② 当院の診察券番号
- ③ 患者の住所
- ④ 患者の生年月日

- ⑤ 希望する記録の番号に○をつけ
開示する部分は
できるだけ具体的にお書きください
(例)
・平成○年×月～平成○年△月までの分
・交通事故の分

- ⑥ 患者本人がご存命でない場合は
開示理由をお願いします。

- ⑦ 閲覧を希望の方はご記入ください。

- ⑧ 開示手続きに来られた方の
氏名、患者との関係、住所、電話番号
をご記入ください。

※ここから下は記入不要です

お渡しする際に、受け取り確認の
署名をいただきます。

診療記録等の開示申込書

社会福祉法人十善会 十善会病院

診療記録などの開示を受けたい患者	(フリガナ)	(姓)	(名)				
	患者氏名						
	患者ID						
	住所						
	生年月日	M・T・S・H		年	月	日生	
開示を希望する記録 (該当する箇所に○を記入してください)	診察日・部位など			複写	CDデータ	閲覧のみ	
	1. 診療録(カルテ)のみ						⑤
	2. 検査記録・検査成績表						
	3. エックス線画像						
	4. CT・MRI等画像						
その他							
開示理由	※患者本人がご存命でない場合のみ記入						⑥
閲覧希望日 (複写のみ希望の場合は記入不要)	第一希望			月	日	午前・午後	
	第二希望			月	日	午前・午後	⑦

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します
平成 年 月 日

⑧ 申請者 氏名 _____
患者との関係 _____
住所 _____
電話番号(連絡先) _____

(受取確認欄) 平成 年 月 日
受け取り署名 氏名 _____

(当院使用欄)

受付		管理者の決裁				実施記録		費用		確認	備考
		院長	副院長	事務部長	担当医	発送	立金	不要	領収済		
同意	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
不同意	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	

委任状

平成 年 月 日

(提出先) 社会福祉法人十善会 十善会病院

- ① (患者)
患者名 _____
生年月日 M・T・S・H 年 月 日

- ② (委任する者)
住所 _____
氏名 _____ 印 _____
生年月日 M・T・S・H 年 月 日
患者との関係 _____

私は上記患者に関する診療記録等の閲覧・複写などを申請し
写しなどの交付を受ける件につき、下記の者を代理人として
委任します

- ③ (委任を受ける者)
住所 _____
氏名 _____
委任する者との関係 _____

以上

委任状は患者本人以外が申請する場合に必要です

- ① 患者本人の氏名
- ② 基本的には患者本人
患者本人がご存命でない場合、または患者本人が
委任状を書けない状態で開示請求権のある親族が
第3者(例えば弁護士)に一任している場合は開示請
求権のある親族
- ③ 診療記録等開示の申請者