

診療記録開示申出書

令和 年 月 日

横浜市立大学附属病院長

私は、開示申請の説明書を読み、同意いたしましたので、次のとおり診療記録等の開示を申し込みます。

診療記録等の 開示を受付けたい 患者氏名	フリガナ			
	患者氏名			
	患者ID番号			
	住所			
	電話番号			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月
申請者			患者との関係	
*申請者がご本人の場合は住所、電話番号は記入不要です。				
住所			電話番号	
(代理人の場合)本人が申請できない理由:				

診療科	<input type="checkbox"/> 全科 <input type="checkbox"/> 指定あり () 科			
開示期間	<input type="checkbox"/> 全期間 <input type="checkbox"/> 指定あり () 年 月 日 ~ () 年 月 日			
	() 年 月 日 ~ () 年 月 日			
開示内容	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院(併診科 要・不要) <input type="checkbox"/> 入院(退院サマリーのみ)			
	紙で提供 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 診療記録(診療録・検査記録・手術記録・看護記録・紹介状・診断書等を含む)		
		<input type="checkbox"/> その他()		
	CD-Rで提供 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 検査画像・動画(レントゲン・CT・MRI・エコー・核医学等)		
	<input type="checkbox"/> その他画像(診療のため医療機器やデジタルカメラ等で撮影した画像)			
開示区分	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧			

病院記入欄

申請者資格確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他()	本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()
複写枚数	枚	交付日	年 月 日
担当診療科		交付方法	<input type="checkbox"/> 手交 <input type="checkbox"/> 郵送
診療科部長		・ 主治医	
<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 一部開示 <input type="checkbox"/> 全部非開示			
一部開示または全部非開示の理由			