

## 診療記録の開示申請書

平成 年 月 日

長崎大学病院長 殿

(申請者) 〒 \_\_\_\_\_

住 所

(ふりがな)	登録No.
氏 名	印.
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳) 男・女
電 話 番 号 ( )	—
携 帯 電 話 ( )	—
続 柄	①患者本人 ②親族 ③法定代理人 ④その他 ( )
確 認 書 類	①運転免許証 ②健康保険証 ③その他 ( )

下記のとおり、診療記録の開示を申請します。

記

*内 容	1	2	3
	診療科名	4	5
		7	8
			9
1. 診療録 (カルテ)	平成	年 月 日	～平成 年 月 日
2. 看護記録	平成	年 月 日	～平成 年 月 日
3. 処方せん記録	平成	年 月 日	～平成 年 月 日
4. 放射線検査等の画像及び記録	平成	年 月 日	～平成 年 月 日
5. 機能検査の結果及び報告書	平成	年 月 日	～平成 年 月 日
6.	平成	年 月 日	～平成 年 月 日
*開示方法	1. 閲覧 2. 閲覧及び複写 (紙・フィルム・CD-R)		3. 複写 (紙・フィルム・CD-R)
患者本人で ない方が申 請する場 合は必ず記 入して下 さい	(ふりがな)		
	患者の氏名	(登録No. )	
	患者の生年月日	年 月 日 ( 歳) 男・女	
	患者の住所 連絡先	〒 _____  電話番号 ( ) _____	
代理人が申請する理由			

- (注) 1. \*の欄は、該当 (希望) する番号を○で囲んで下さい。  
 2. 診療科名は、受診した期間の「全診療科」の記入も可能です。  
 3. 申請の際、申請者本人であることを確認するために必要な書類 (運転免許証、健康保険証、厚生年金手帳、住民票等、身分を確認できるもの) を提出又は提示して下さい。  
 4. 患者本人以外の方が申請する場合は、2. の書類の他、その資格を確認するために必要な書類 (代理依頼、戸籍謄本等) を提出又は提示して下さい