

診療記録の開示申請書

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	6
		7	8	9
	1. 診療録 (カルテ)	年 月 日	~	年 月 日
	2. 看護記録	年 月 日	~	年 月 日
	3. 処方せん記録	年 月 日	~	年 月 日
	4. 放射線検査等の画像及び記録	年 月 日	~	年 月 日
5. 機能検査の結果及び報告書	年 月 日	~	年 月 日	
6.	年 月 日	~	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