

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

申請者の住所をお書きください (御家族が申請される場合は御家族様の住所)

(ふりがな)

登録No.

氏 名

申請者名 (御家族が申請される場合は御家族

認
印

シ
ヤ
チ
ハ
タ
不
可

生 年 月 日

名)、生年月日 (年齢)、性別 (電話番号等を

男・女

電 話 番 号

ご記入ください)

携 帯 電 話

()

該当する続柄に○をつけてください

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 ()

・御家族の場合は戸籍謄本等

下記のとおり、診療記録の開示

- ※本人の場合…①か②か年金手帳等のコピー
- ※御家族の場合 (以下全て必要)
 - ・御家族の①か②か年金手帳等コピー
 - ・本人の①か②か年金手帳等コピー
 - ・戸籍謄本又は戸籍抄本の原本 (3か月以内発行のもの)
 - ・本人が申請できない理由を記載した診断書や障害者手帳のコピー

※必要な診療科を記入してください ご不明な場合は医療情報管理室にお問合せください

*内 容	1 高度救命救急センター	2 整形外科
診療科名	4	5

※必要な項目を選択してください ご不明な場合は医療情報管理室にお問合せください

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.	

画像をデータでご希望の際は CD-R に○をつけてください

*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	患者の氏名	(ふりがな) 申請者のご家族の場合は、患者様氏名、生年月日 (現在の年齢)、性別、住所をご記入ください (登録No.)
	患者の生年月日	年 月 日 (歳) 男・女
	患者の住所	〒 -
	患者の住所連絡先	電話番号 ()
代理人が申請する理由	申請者のご家族の場合は、申請理由をご記入ください	

- (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