

診療記録の開示申請書

年 月 日

長崎大学病院長 殿

(申請者) 〒

弁護士事務所の住所と社名までご記入ください

住 所

(ふりがな)

登録No.

氏 名 ご担当弁護士、生年月日(年齢)、性別、電話

認 印

シヤチハタ不可

生 年 月 日 番号等をご記入ください 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(弁護士等)

確 認 書 類 ①運転免許証 ②健康保険証 ③その他(印鑑証明の写)

下記のとおり、診療記録の開示を申請

必要書類

※弁護士会発行の印鑑証明の写し(3ヶ月以内発行)

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

*内 容	1 高度救命救急センター	2 整形外科	3
診療科名	4	5	6
			9

※該当項目を選択してください 期間がご不明の場合は医療情報管理室までお問合せください

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 退院サマリー等	年 月 日 ~	年 月 日

必要書類

※患者様ご記入の委任状

(委任状を御家族作成の場合は戸籍謄本も必要です)

イルム・CD-R) ③ 複写(紙・フィルム・CD-R)

患者本人 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	(登録No.) 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
	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