

診療記録の開示申請書

年 月 日

長崎大学病院長 殿

(申請者) 〒

保険会社の住所と会社名までご記入ください

住 所

(ふりがな)

登録No.

氏 名

ご担当者名、生年月日(年齢)、性別、電話番号等をご記入ください

認 印

シヤチハタ不可

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 (保険会社)

確 認 書 類

①運転免許証 ②健康保険証 ③その他 (社員証)

又は

・名刺+免許証

下記のとおり、診療記録の開示を申請します

必要書類

※社員証のコピー又は名刺+免許証コピー
※リサーチ会社の場合は元請保険会社から依頼を受けていることが証明できるもの

※画像ご希望の際は撮影された診療科をお調べします 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 |

※画像ご希望の際は4に○をしてください 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 |

必要書類

※患者様ご記入の同意書 (3ヶ月以内発行の原本)
(同意書を御家族が記入の場合は戸籍謄本等+本人が記入できない理由を証明するもの(診断書等)が必要です)

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 | (登録No.) |
| | 患者の生年月日 | 年 月 日 (歳) 男・女 |
| | 患者の住所 連 絡 先 | 〒 _____ 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 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