

診療記録の開示申請書

申請日： 年 月 日

長崎大学病院長 殿

申請者情報	ふりがな		患者本人 / 親族 自署の場合 捺印不要 印 シャチハタ不可	生年月日	年 月 日
	氏名			電話番号	() -
	住所	〒 -			
	患者との続柄	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 保険会社/調査会社 <input type="checkbox"/> 任意後見人			
	代理申請理由				

※患者本人申請の場合、記入必須

※患者本人申請の場合、記入不要

※患者本人が申請する場合は記入不要					
患者情報	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名		電話番号	() -	
	住所	〒 -			

開示希望内容	対象期間	<input type="checkbox"/> 1. 初回来院日から申請日までの期間 <input type="checkbox"/> 2. 指定の期間 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>～</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> </tr> <tr> <td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>～</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> </tr> <tr> <td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>～</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> </tr> <tr> <td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>～</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> </tr> </table>	年	月	日	～	年	月	日	年	月	日	～	年	月	日	年	月	日	～	年	月	日	年	月	日	～	年	月	日	※期間を指定する場合、必ず日付をご記入ください。 申請日より先の日付や言葉での期間指定は受付不可
	年	月	日	～	年	月	日																								
	年	月	日	～	年	月	日																								
年	月	日	～	年	月	日																									
年	月	日	～	年	月	日																									
診療科	<input type="checkbox"/> 1. 全診療科（上記対象期間内でかかった全ての診療科） <input type="checkbox"/> 2. 個別の診療科 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>																														
開示希望の記録を選択	<input type="checkbox"/> 全ての記録を希望（以下1番～7番） <hr/> <input type="checkbox"/> 1. 診療録（カルテ） <input type="checkbox"/> 2. 看護師の診療記録 <input type="checkbox"/> 3. 薬・注射の投与記録 <input type="checkbox"/> 4. レントゲン・CT・MRI等の画像（CD-R/DVD-R） <input type="checkbox"/> 5. レントゲン・CT・MRI等の所見（検査結果についての医師の判断・意見） <input type="checkbox"/> 6. 検査結果及び報告書（血液・心電図・エコー等） <input type="checkbox"/> 7. 退院サマリー（診断名、入院中の経過、治療内容等を簡潔にまとめた要約） <input type="checkbox"/> 8. その他()																														
受取方法	<input type="checkbox"/> 1. 来院受取 <input type="checkbox"/> 2. 郵送受取（着払） <input type="checkbox"/> 3. 未定																														

- (注) 1. 代理人が申請する場合、申請者情報欄へ捺印して下さい。(※シャチハタ不可)
 2. 開示希望内容の欄で、該当（希望）する記録を✓で選択して下さい。
 3. 開示方法について 複写：診療記録を用紙に印刷し提供します。(撮影記録はCD-R/DVD-Rに複写)
 4. 記入漏れや間違いがありますと再度申請をお願いすることになりますので、ご不明な点はお問合せ下さい。

長崎大学病院 診療情報管理室 095-819-7200 (代表)

※開示担当者記入欄					備考
必要書類 受取確認	身分証明書	同意書/委任状	戸籍謄本等	その他	