

## 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