

記入例

診療記録の開示申請書

申請日： ○○○○年 ○○月 ○○日

患者本人/患者親族 申請の場合

申請者情報	ふりがな	○○○○ ○○	<small>患者本人/親族 自署の場合 捺印不要</small> <b>自署の場合 捺印不要</b> <small>シャチハタ不可</small>	生年月日	○○○○年 ○○月 ○○日
	氏名	○○ ○○		電話番号	(○○○)○○○ - ○○○○
	住所	〒○○○ - ○○○○ ○○県 ○○市 ○○町 ○○ - ○○			
	患者との続柄	<input checked="" 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"/> 任意後见人			
	代理申請理由	※代理申請理由：患者本人申請以外は記入必須 患者が未成年(18歳未満)や故人である場合は、理由に記載をお願いします。 <small>※患者本人申請の場合、記入不要</small>			

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

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 checked="" type="checkbox"/> 2. 指定の期間 [ ○○○○年 ○○月 ○○日 ~ ○○○○年 ○○月 ○○日 ] <small>※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</small> ※指定の期間や日付がある場合、必ず始まりと終わりの日付をご記入ください。 一日だけを指定したい場合は、始まりと終わりに同じ日付をご記入ください。
	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 checked="" type="checkbox"/> 2. 個別の診療科 [ ○○○科、○○科 ]
	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） <input checked="" type="checkbox"/> 1. 診療録（カルテ） <input checked="" type="checkbox"/> 2. 看護師の診療記録 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 薬・注射の投与記録 <input checked="" 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)

※申請書に記入漏れや間違いがありませんと再度申請をお願いすることになります。  
 ご不明な点等がある場合は、お問い合わせください。

長崎大学病院 診療情報管理室 ☎095-819-7200 (代表)

※開示				
必要書				
受取確認				

記入例

診療記録の開示申請書

申請日： ○○○○ 年○○ 月○○ 日

弁護士/保険会社/調査会社/任意後継人 申請の場合

申請者情報	ふりがな	○○○○ ○○	<small>※患者本人/親族 印署の場合 捺印不要</small> <b>押印必須</b> シャチハタ不可 <small>※シャチハタ不可</small>	生年月日	○○○○ 年○○ 月○○ 日
	氏名	○○ ○○		※患者本人申請の場合、記入必須	電話番号
	住所	〒○○○ - ○○○○ ○○県 ○○市 ○○町 ○○ - ○○			
	患者との続柄	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input checked="" 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	※記入必須 患者が未成年(18歳未満)や故人である場合は、理由に記載をお願いします。 <small>※患者本人申請の場合、記入不要</small>				

※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	〒 -		

**※記入必須**

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 checked="" type="checkbox"/> 2. 指定の期間 <table style="display: inline-table; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <tr> <td>○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日</td> <td>～</td> <td>○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>～</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	～	○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	年 月 日	～	年 月 日	<small>※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</small> ※指定の期間や日付がある場合、必ず <b>始まりと終わりの日付</b> をご記入ください。 一日だけを指定したい場合は、始まりと終わりに同じ日付をご記入ください。
	○○○○ 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 checked="" type="checkbox"/> 2. 個別の診療科 <table style="display: inline-table; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <tr> <td>○○○科、○○科</td> </tr> </table>	○○○科、○○科							
○○○科、○○科									
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) <input checked="" type="checkbox"/> 1. 診療録 (カルテ) <input checked="" type="checkbox"/> 2. 看護師の診療記録 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 薬・注射の投与記録 <input checked="" 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 checked="" 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)

※申請書に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。

ご不明な点等がある場合は、お問い合わせください。

長崎大学病院 診療情報管理室 ☎095-819-7200 (代表)

※開示					
必要書					
受取確認					