

診療記録等開示申請書

年 月 日

日本医科大学千葉北総病院 院長 殿

申請者	フリガナ				
	氏 名	印			
	患者との関係 (該当する番号を ○で囲む)	1. 患者本人			
		2. 本人の同意を得た代理人	(本人との関係:)		
		3. 患者が15歳未満の場合の代理人	(本人との関係:)		
		4. 患者が死亡した場合の法定相続人	(本人との関係:)		
5. その他		(本人との関係:)			
住 所	〒				
電話番号		携帯電話			

以下の通り、診療記録等開示を申請致します

開示対象患者	フリガナ			
	患者氏名			
	生年月日	年	月	日生
	※ 患者住所			
	※ 電話番号		携帯電話	

※ 患者住所と電話番号 : 申請者と開示対象患者が異なる場合のみご記入ください。

開示を希望する 診療記録等	診療科名			
	外来入院区分	<input type="checkbox"/> 外来分	<input type="checkbox"/> 入院分	<input type="checkbox"/> 入院・外来分
開示方法	<input type="checkbox"/> 謄写 (画像 有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 医師面談 <input type="checkbox"/> 閲覧			
対象期間				
知りたい内容				
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送			
支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金(来院時窓口) <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 振り込み			

開示担当	日本医科大学千葉北総病院 診療録管理室 〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715 代表番号 0476-99-1111
------	---

申請書受付印

記入例 赤太枠内をご記入ください

様式1号

診療記録等開示申請書

20XX年 ○月 △日

日本医科大学千葉北総病院 院長 殿

申請者	フリガナ	ホクソウ ハナコ		
	氏名	北総 花子		
	患者との関係 (該当する番号を○で囲む)	1. 患者本人		
		2. 本人の同意を得た代理人 (本人との関係: 長女)		
		3. 患者が15歳未満の場合の代理人 (本人との関係:)		
4. 患者が死亡した場合の法定相続人 (本人との関係:)				
住所	〒000-0000 千葉県 印西市 鎌苅 0000			
電話番号	XXX-00-△△△△	携帯電話	XXX-0000-△△△△	

記載日を入れてください

- ・申請者の氏名
 - ・患者さんとの関係
 - ・住所
 - ・電話番号
- の記載をお願いします

・連絡の取れる電話番号を入れてください

以下の通り、診療記録等開示を申請致します

開示対象患者	フリガナ	ホクソウ タロウ		
	患者氏名	北総 太郎		
	生年月日	19XX年 ○月 △日生		
	※ 患者住所	東京都 文京区 千駄木 0-0-0		
	※ 電話番号	XXX-00-△△△△	携帯電話	XXX-0000-△△△△

- ・患者さんの氏名
 - ・生年月日
- の記載をお願いします
(以下は、申請者と異なる場合のみ)
- ・患者さんのご住所
 - ・お電話番号
- の記載をお願いします

※ 患者住所と電話番号：申請者と開示対象患者が異なる場合のみご記入ください。

開示を希望する診療記録等	診療科名	全科		
	外来入院区分	<input type="checkbox"/> 外来分	<input type="checkbox"/> 入院分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・外来分
開示方法	<input checked="" type="checkbox"/> 謄写 (画像 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無) <input type="checkbox"/> 医師面談 <input type="checkbox"/> 閲覧			
対象期間	20XX / ○ / △ ~ 20XX / □ / △			
知りたい内容				
受け取り方法	<input checked="" type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送			
支払い方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現金(来院時窓口) <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 振り込み			

- ・開示を希望する診療科名をご記入ください (全ての場合は「全科」とご記入ください)
- ・「外来分」「入院分」「入院・外来分」のいずれかにチェックをお願いします

- ・謄写(カルテの写し)
 - ・医師の面談
 - ・閲覧(カルテの閲覧のみ)
- のいずれかにチェックをお願いします

謄写(カルテの写し)をご希望される場合は、対象期間をご記入ください

チェックをお願いします

開示担当	日本医科大学千葉北総病院 診療録管理室
	〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715
	代表番号 0476-99-1111

申請書受付印