

## 診療情報開示申請書

浦添総合病院長 殿

受付日：令和 年 月 日

申請者欄	氏名	(ふりがな) <span style="float: right;">(印)</span>	生年 月日	大正・昭和・平成・令和  年 月 日
	住所	〒		
	電話	(携帯・自宅・勤務先： )		
確認書類	<p>※□にレ点、確認した書類に○をつける。</p> <p><input type="checkbox"/> 患者本人：①A より 1 つ (ない場合は B～C のうち 2 つ)</p> <p><input type="checkbox"/> 親族：以下①～③ 全て (関係： )</p> <p style="padding-left: 20px;">①A より 1 つ (申請者のもの。ない場合は B～C のうち 2 つ)</p> <p style="padding-left: 20px;">②B より 1 つ ③委任状 (患者死亡の場合を除く)</p> <p><input type="checkbox"/> 警察、検察庁、労働監督署：捜査関係事項照会書 ( ) + 同意書</p> <p><input type="checkbox"/> 裁判所：送付嘱託書 <input type="checkbox"/> 保険会社：13 + 同意書</p> <p><input type="checkbox"/> 法律事務所：依頼人の確認書類 (本人①、親族は①～③) + 委任状 + 14</p> <p>A) 1.運転免許証 2.パスポート 3.マイナンバーカード 4.住民基本台帳カード</p> <p>B) ※発行から 3 ヶ月以内 5.戸籍謄本 6.住民票 (続柄有のもの) 7.除籍謄本</p> <p>C) 8.印鑑証明書 9.健康保険証 10.年金手帳 11.障害者手帳 12.外国人登録証明書</p> <p style="padding-left: 20px;">13.会社や政府関係機関が発行する証明書 (顔写真付) 14.弁護士身分証明書</p>			

下記のとおり、診療情報の開示を申請します。

【患者 ID： \_\_\_\_\_】 注) 申請者が患者本人の場合は※印欄記載不要

患者欄	※ 氏名	(ふりがな)	※生年 月日	大正・昭和・平成・令和  年 月 日
	※ 住所	〒		
	開示希望する内容	<p>開示を希望する内容に○をつける (開示対象期間： )</p> <p>1.診療録の写し (全て、又は下記より選択し○をつける) ■印刷枚数 _____ 枚</p> <p style="padding-left: 20px;">診療記録・検査記録・看護記録・薬歴情報・各種計画書・同意書・診断書・紹介状</p> <p>2.画像記録 (CD/DVD _____ 枚・紙 _____ 枚) 3.医師面談 ( )</p> <p>4.医療照会文書 ( )</p> <p>5.診療録閲覧 ( ) 6.その他 ( )</p>		

病院使用欄	医師署名		診療科		確認日	令和 年 月 日
	受取者名		受取 年月日	令和 年 月 日	担当者	
	備考		料金			