

診療記録等の開示申出書

平成 年 月 日

星ヶ丘厚生年金病院長 殿

申出者 住所
氏名 印
TEL
患者との続柄 ()

下記のとおり診療記録等の開示を申請します。また、開示をうけた場合、下記6項の遵守事項に違反しないことを誓約します。

1. 申出に係る診療記録等の内容 (○で囲む)	診療録、手術記録、麻酔記録、X線写真、助産録、看護記録 その他 ()	
2. 提供の区分 (○で囲む)	(1) 閲覧 (3) 口頭による説明	(2) 写しの交付 (4) 要約書の交付
3. 開示の場所 (○で囲む)	(1) 星ヶ丘厚生年金病院	(2) 郵送
4. 申出の理由		
5. 患者本人以外の提 供申出者の場合の 患者本人の氏名等	患者本人の状況 (○で囲む)	(1) 成年被後見人 (2) 未成年 (15歳以上) (3) 未成年 (15歳未満) (4) 死亡 (5) その他 ()
	患者本人の氏名	
	患者本人の住所 電話番号	
6. 開示の遵守事項	1. 開示した診療記録等を無断で再謄写しないこと。 2. 開示した診療記録等を正当な理由なく第三者に閲覧させないこと。 3. 本件に関する質問等は、医事課に書面をもって申し出ること。なお、診療記録等に記載されている医療従事者に直接連絡をとったり質問を行わないこと。	
# 事務局処理欄	申出者確認欄	1. 運転免許証 2. 旅券 3. 健康保険証 4. その他 ()
	申出者資格確認欄	1. 戸籍謄本 2. その他 ()

注1 申出者は、患者本人等申出有資格者とする

2 法定代理人による申出の場合は、法定代理人であることを明らかにすること

3 「申出に係る診療記録等の内容」欄は、提供の申出をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入してください。

4 「患者本人の住所及び電話番号」欄には、患者本人の連絡先が患者本人の住所及び電話番号と異なるときは、連絡先も合わせて記入してください。

5 # 欄は、記入しないでください。