診療情報開示申込書

開示を受けたい患者	（ふりがな） 氏名		生年 月日	年　　月　　日	
	住所			患者 ID	

	項目	期間・診療日	備考
開示を希望する記録	① 診療録	年　月　日～ 年　月　日	
	② 検査記録	年　月　日～ 年　月　日	
	③ 画像	年　月　日～ 年　月　日	
	④ 看護記録	年　月　日～ 年　月　日	
	⑤ その他（具体的に）	年　月　日～ 年　月　日	
申込理由 （任意）			

次の場合は申込者の自署不要（該当項目にチェック）

- □ 患者本人または相続人等からの委任状・同意書がある場合
- □ 法令に基づく場合
  - □捜査関係事項照会（警察・検察）
  - □送付嘱託（裁判所）
  - □その他（　　）
- □ 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- □ 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- □ 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

キナシ大林病院　院長殿

上に記載した患者の診療情報の開示を申し込みます。

申込日：　　年　　月　　日

申込者（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※費用は原則として申込者へ請求します。

※申込者の方の身分証明書（運転免許証等）コピーを添付してください。必要に応じて患者本人と申込者との関係がわかる書類を提出いただきます。

院長	事務長	担当医	担当医	担当医	開示担当者