

(様式1)

診療情報(カルテ等)開示申請書

申請日: 年 月 日

大阪掖済会病院 病院長 殿

次のとおり診療記録等の開示を求める権利を有することを証する書面を添付して、診療記録の開示を請求します。

患者本人

氏名(自署): _____ 印 _____ 患者番号: _____
生年月日: 大正・昭和・平成・令和 年 月 日
〒 -
住所: _____
電話番号: _____

1. 申請者	
<input type="checkbox"/> 本人(申請者が本人の場合、以下記入不要)	
<input type="checkbox"/> 代理人	
氏名: _____ 〒 -	
住所: _____	
電話番号: _____	
患者と申請者の関係: _____	
2. 希望する開示方法(☑をつける、説明希望の場合は希望日時も記載してください)	
<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	
<input type="checkbox"/> 口頭説明 (希望日時)	
第1希望:	月 日 午前・午後 時頃
第2希望:	月 日 午前・午後 時頃
第3希望:	月 日 午前・午後 時頃
3. 開示を請求する診療情報の内容(☑をつける)	
内容: 2024年 3月 31日 以前	
<input type="checkbox"/> 診療記録(カルテ) <input type="checkbox"/> 手術・麻酔記録 <input type="checkbox"/> 検査記録等 <input type="checkbox"/> 看護記録	
<input type="checkbox"/> 画像データ(エックス線・CT・MRI・超音波等)	
<input type="checkbox"/> その他()	
開示を希望する期間: _____年 月 日 ~ _____年 月 日	
内容: 2024年 4月 1日 以降	
●入院外来区分: <input type="checkbox"/> 入院・外来 <input type="checkbox"/> 入院のみ <input type="checkbox"/> 外来のみ	
●診療科区分: <input type="checkbox"/> 全診療科分 <input type="checkbox"/> 対象診療科のみ(科)	
<input type="checkbox"/> 診療記録(カルテ) <input type="checkbox"/> 画像データ(エックス線・CT・MRI・超音波等)	
<input type="checkbox"/> その他()	
開示を希望する期間: _____年 月 日 ~ _____年 月 日	

注1) 申請時に申出人ご本人であることを証明する各証明書をご用意ください、コピーをとらせていただきます。

注2) 申請者の氏名欄は、申請者本人の自筆による署名または記名押印をしてください。

※以下の欄は記入しないでください。

確認欄 本人: 運転免許証・健康保険証・その他()
代理人: 法定代理人証明書・委任状・戸籍謄本・その他()

病院長	事務部長	主治医	担当者	受付日
				/