

A 申請者と受取者が【本人】の場合

記載例

診療記録等の開示申請書		様式1
前橋赤十字病院長 様		
次のとおり、診療記録の開示を申請します。		
年 月 日		
申請者	住所	
	(ふりがな)	
	氏名	本 人
	生年月日	年 月 日 電話番号 - -
開示対象の患者情報	<input checked="" type="checkbox"/> 上記申請者と同じ <input type="checkbox"/> 上記申請者と異なる	
	氏名【 本 人 】 申請者は開示対象患者の ①配偶者 ②子 () ③親権者 ④その他 () 上記申請者と異なる理由 ()	
(希望する番号に○印をつけてください)		
期間	①2004年4月1日から申請日までのすべて ② 年 月 日 ~ 年 月 日	
診療科	①すべての診療科 ②特定の診療科 (. . .)	
入院・外来の区分	①入院と外来すべて ②入院のみ ③外来のみ	
資料内容	①診療記録 (医師+看護師+メディカルスタッフの記事) ②処方・処置・検査等の指示 ③血液検査・検尿等の結果 ④CT・MRI・X-Pの画像 (DVD) ⑤CT・MRI・X-Pの画像所見 ⑥腹部・心臓等の超音波検査の画像 (DVD又は紙) ⑦腹部・心臓等の超音波検査の所見 ⑧心電図・脳波等の波形 (DVD又は紙) ⑨当院作成の診療情報提供書 ⑩退院時要約 ⑪病理検査所見+組織写真(紙) ⑫手術記録 ⑬その他 ()	
提供方法	①写しの交付 ②閲覧	
交付方法	①来院 ②宅配便で送付 ③後日ご相談	
~以下事務局記入欄~		
概算額 (税込)	基本料2200円+ (枚×22円) + (DVD・CD 枚×2200円)	
事務局確認	①運転免許証 ②マイナンバーカード ③住民票 ④戸籍謄本 ⑤パスポート	
診療情報管理室 2022.11.22 Ver2.0		

申請者本人であることを証明する書類 いずれか1つをご用意ください

(運転免許証両面、マイナンバーカード両面、パスポート、住民票等)