

C 本人が【死亡、四肢麻痺、判断能力の無い】などで、申請者と受取者が【家族】の場合

記載例

様式1

診療記録等の開示申請書

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 | 家 族 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 電話番号 | - - |

| | | |
|-----------|--|---|
| 開示対象の患者情報 | <input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ | <input checked="" 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

* 申請者と異なる理由を必ずお書きください

* 本人がご存命の場合、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)

* 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)

* 本人とご家族の関係性がわかる公的書類(戸籍謄本等)

* 本人が永眠されている場合本人であることを証明する書類は不要です。

