

# 診療情報の開示申請書

医療法人 信愛会  
日比野病院 理事長 殿

以下の通り、診療情報の開示を希望します。

申請日：            年    月    日

| ID    | ※太枠をご記入下さい                                                                                                            |                                                                        |       |                             |                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|
| 患者情報  | フリナガナ                                                                                                                 |                                                                        | (男・女) | 生年月日                        | 年 月 日                                                   |
|       | 氏名                                                                                                                    |                                                                        |       |                             |                                                         |
|       | 住所                                                                                                                    | 〒 -                                                                    |       |                             |                                                         |
| 申請者情報 | フリナガナ                                                                                                                 |                                                                        | (男・女) | 続柄                          |                                                         |
|       | 氏名                                                                                                                    |                                                                        |       |                             |                                                         |
|       | 住所                                                                                                                    | 〒 -                                                                    |       |                             |                                                         |
|       | 連絡先                                                                                                                   | ※請求者が患者自身の場合は連絡先のみ記入<br>( ) -                                          |       |                             |                                                         |
|       | 代理理由                                                                                                                  | ※委任状に患者本人が自署できない場合に記入<br>意識障害のため ・ 認知症のため ・ 未成年のため ・ 書字困難のため<br>その他( ) |       |                             |                                                         |
| 開示方法  | <input type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> 閲覧      (医師による説明を 希望 ・ 希望しない)                                    |                                                                        |       |                             |                                                         |
| 希望媒体  | <input type="checkbox"/> 紙                                                                                            | <input type="checkbox"/> CD                                            | 入院・外来 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 共通 |
| 対象期間  | <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 指定 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )                                         |                                                                        |       |                             |                                                         |
| 対象情報  | <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 |                                                                        |       |                             |                                                         |
|       | <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                          |                                                                        |       |                             |                                                         |
| 受取方法  | <input type="checkbox"/> 来院受取 <input type="checkbox"/> 郵送 (送料別途)                                                      |                                                                        |       |                             |                                                         |

【ご注意】

開示対象患者様の連絡先について、申請者様へご確認させて頂く場合がございます。  
尚、郵送中における有事(個人情報漏洩等)に関し、当院は一切の責任を負いませんのでご了承下さい。  
開示をキャンセルする場合は早めにお申し付け下さい。  
準備状況に応じては、キャンセル料金(コピー代金)を頂く場合がございます。

請求した上記の開示書類について、確かに受領いたしました。

年 月 日

(自署) (続柄)

【病院記載欄】

| 窓口 | 事務部長 | 主治医 | 院長 | 理事長 | 連絡 | 入金確認  | 受渡 | 備考欄 |
|----|------|-----|----|-----|----|-------|----|-----|
| /  | /    | /   | /  | /   | /  | /     | /  |     |
|    |      |     |    |     |    | 現金・入金 |    |     |

# 診療情報の開示申請書

医療法人 信愛会  
日比野病院 理事長 殿

以下の通り、診療記録の開示を希望します。

申請日：            年    月    日

| ID    |                                                                                                                                                                           | ※太枠をご記入下さい                                                             |  |       |      |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|-------|------|
| 患者情報  | フリナガナ                                                                                                                                                                     | ヒビノ タロウ                                                                |  | (男・女) | 生年月日 |
|       | 氏名                                                                                                                                                                        | 日比野 太郎                                                                 |  |       |      |
|       | 住所                                                                                                                                                                        | 〒 731 - 3164<br>広島市安佐南区伴東7丁目9番2号                                       |  |       |      |
| 申請者情報 | フリナガナ                                                                                                                                                                     |                                                                        |  | (男・女) | 続柄   |
|       | 氏名                                                                                                                                                                        | 同上                                                                     |  |       |      |
|       | 住所                                                                                                                                                                        | 〒 -                                                                    |  |       |      |
|       | 連絡先                                                                                                                                                                       | ※請求者が患者自身の場合は連絡先のみ記入<br>( 082 ) 848 - 2357                             |  |       |      |
|       | 代筆理由                                                                                                                                                                      | ※委任状に患者本人が自署できない場合に記入<br>意識障害のため ・ 認知症のため ・ 未成年のため ・ 書字困難のため<br>その他( ) |  |       |      |
| 開示方法  | <input checked="" type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> 閲覧    (医師による説明を 希望 ・ 希望しない)                                                                               |                                                                        |  |       |      |
| 希望媒体  | <input checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD    入院・外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 共通 |                                                                        |  |       |      |
| 対象期間  | <input type="checkbox"/> 全て <input checked="" type="checkbox"/> 指定 ( ○○○○年 ○○月 ○○日 ) ～ ( ○○○○年○○月○○日 )                                                                    |                                                                        |  |       |      |
| 対象情報  | <input checked="" type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査結果                                          |                                                                        |  |       |      |
|       | <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                              |                                                                        |  |       |      |
| 受取方法  | <input checked="" type="checkbox"/> 来院受取 <input type="checkbox"/> 郵送 (送料別途)                                                                                               |                                                                        |  |       |      |

【ご注意】

開示対象患者様の連絡先について、申請者様へご確認させて頂く場合がございます。  
尚、郵送中における有事(個人情報漏洩等)に関し、当院は一切の責任を負いませんのでご了承下さい。  
開示をキャンセルする場合は早めにお申し付け下さい。  
準備状況に応じては、キャンセル料金(コピー代金)を頂く場合がございます。

請求した上記の開示書類について、確かに受領いたしました。

年 月 日

(自署) (続柄)

【病院記載欄】

| 窓口 | 事務部長 | 主治医 | 院長 | 理事長 | 連絡 | 入金確認  | 受渡 | 備考欄 |
|----|------|-----|----|-----|----|-------|----|-----|
| /  | /    | /   | /  | /   | /  | /     | /  |     |
|    |      |     |    |     |    | 現金・入金 |    |     |