

診療録等の開示申請書

神戸救済会病院
院長 藤 久和 様

診療録等の開示 を受けたい患者	患者番号			
	(フリガナ)		生年月日	年 月 日生
	患者氏名			
	住 所			
開示を希望する 診療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
開示を希望する 診療記録 (希望する箇所に ☑を記入。 備考欄に診療科 等を記入して下さ い。)		入院	外来	備考
	(1) 診療経過の要約書	☐	☒	
	(2) 診療録(カルテ)	☐	☐	修正履歴: ☐ 有 ☐ 無
	(3) 検査記録、検査結果表	☐	☐	
	(4) 検査画像	☐	☐	
	そ の 他	☐	☐	

私は、上記の通り、診療録等の開示(複写)を希望します。
また、開示を受けた場合、下記の遵守事項に違反しないことを誓約します。

< 遵守事項 >

- 1、開示した診療録等無断で複写しないこと
- 2、開示した診療録等を正当な理由なく第三者に閲覧させないこと
- 3、本件に関する質問等は、医療情報課に書面をもって申し出ること。なお、診療録等に記載されている医療従事者に直接連絡を取ったり質問を行わないこと。
- 4、診療録開示手続き費用(保険外)を支払うこと。

年 月 日

申請者(自書) (フリガナ) 氏 名 (患者との関係)

住 所

電 話 - -

(注) 申請者が代理人による場合には、患者本人の意思が確認できる委任状を添えて下さい。

【確認項目】 確認いただけましたら ✓ をご記入下さい。

- ☐ 身分証明書をコピーさせていただきます。
 - ☐ 土日祝日、年末年始を除いて2週間お時間をいただきます。
 - ☐ 受付時と受取時2回に分けて費用が発生します。
 - ☐ 申請後キャンセルされる場合、開示手数料の返金はいたしかねます。
 - ☐ お渡しは窓口で行います。
 - ☐ 準備ができ次第上記連絡先にご連絡させていただきます。
 - ☐ 受取は、平日9時～16時30分までにご来院下さい。他の時間での対応はいたしかねます。
 - ☐ ご都合のよろしい時間帯がございましたら下記備考にご記載下さい。
- 指定番号外着信拒否の際は、【078-781-3427】の着信許可設定をお願いします。

☐ 備考 []

【病院使用欄】

申請者本人確認欄	①運転免許証 ②マイナンバーカード ③健康保険証 ④その他()	担当者
申請者資格確認欄	①戸籍謄本 ②住民票 ③委任状 ④その他()	