

診療情報開示申請書

- 埼玉石心会病院
 さやま総合クリニック
 さやま腎クリニック
 さやま地域ケアクリニック

年 月 日

患者氏名				カルテ番号			
住所							
生年月日	年	月	日生	診療科	<input type="checkbox"/> 科 <input type="checkbox"/> 全科		
	情報の種類	特定する事項等			期間	媒体	
	1	医師記録				～	紙・CD
	2	看護記録				～	紙・CD
	3	検査記録	採血 / 採尿 / 喀痰 / その他 ()			～	紙・CD
	4	検査画像	XP/CT/MRI/超音波 / 内視鏡 / その他			～	紙・CD
	5	その他				～	紙・CD
<input type="checkbox"/> 医師による説明 (面談)* <input type="checkbox"/> 回答書作成 <input type="checkbox"/> 閲覧							
受取希望*	埼玉石心会病院・さやま総合クリニック・さやま地域ケアクリニック						
特記事項							

*面談から書類へ変更させていただく場合もございます。受取場所は必ずご記入ください。

私は、本人確認書類 (運転免許証 健康保険証 その他 _____ 社員証) を添え、上記の通り診療情報の開示を申請します。

申請者 (自署) _____

・ 申請者電話 _____ (携帯電話等) _____

連絡のつきやすい時間帯：

☆患者本人以外の申請の場合は、以下もご記入の上、申請資格書類を添えてご提出ください。

・ 資格 法定代理人 現実に患者の世話をしている親族又はそれに準ずる者 (続柄： _____)
 その他 _____ 保険会社 _____

・ 申請者住所 _____

・ 書類 申請者の本人確認書類
 家族関係の証明ができる書類 (例：保険証、住民票、戸籍謄本) ※本人の同意能力がない場合
 患者本人の委任状または同意書 (3ヶ月以内のもの)
 申請者から当院への依頼状
 依頼元の保険会社から委託会社への委託書類 ※委託会社の場合

上記開示を受け取りました。 年 月 日

ご署名 _____

会計担当	作成	事務部長・事務長	院長	診療情報管理委員会	主治医	診療情報管理室	受付
					月 日	月 日	月 日