

診療記録の開示申込書

山鹿市民医療センター
山鹿市病院事業管理者 様

申込日		年 月 日		
申込者	氏名			
	住所			
	生年月日	年 月 日	電話番号	

私は、以下のとおり診療記録の開示を希望します。
なお、提供に係る費用については申込者が負担します。

1 診療記録の開示を希望する診療記録の内容

開示に関する情報	対象期間	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> すべての治療期間
	対象診療科	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> すべての診療科 <input type="checkbox"/> その他 ()
	希望する記録	<input type="checkbox"/> 診療録 (診療録の修正履歴 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 画像記録 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> すべての診療記録
	受け取り方法	<input type="checkbox"/> 当院窓口で受け取り <input type="checkbox"/> 郵送で受け取り (※1)
	出力媒体	<input type="checkbox"/> 電子媒体 (※2) <input type="checkbox"/> 紙媒体

2 診療記録の開示を希望する患者氏名等 (患者本人が申込する場合、入力不要)

患者の氏名		患者との続柄	
患者の住所			
患者の生年月日	年 月 日		

病院使用欄		
受付日	患者番号	
	申込者本人確認欄	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	申込者資格確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()
	医事相談会	<input type="checkbox"/> 開催なし <input type="checkbox"/> 開催あり (年 月 日) <input type="checkbox"/> 医事相談会結果 (開示 / 一部開示 / 不開示)
	備考	

※1 郵送で受け取り希望の場合、料金の振込み確認後の郵送になります。
※2 平成25年7月1日以前の診療記録は紙媒体での出力になります。