

## 診療録開示申請書

医療法人社団 緑成会 横浜総合病院 病院長殿

下記の診療録を開示されますよう申請します。

申請年月日 西暦( )年( )月( )日

患者の氏名( )	ID番号( )
患者の生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ( )年( )月( )日	
診療科名( )科、( )科、( )科	
診療録の種類 <input type="checkbox"/> 入院カルテ <input type="checkbox"/> 外来カルテ	
申請の対象となる診療時期 ( )	
申請する内容 <input type="checkbox"/> 診療録の記載内容全部 交付種類: <input type="checkbox"/> 紙面 <input type="checkbox"/> CD-R	
<input type="checkbox"/> 診療録 : <input type="checkbox"/> 表紙 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 診療文書一覧 <input type="checkbox"/> 診療文書明細 <input type="checkbox"/> 病名一覧 <input type="checkbox"/> 入退院歴一覧	
<input type="checkbox"/> 診療記録(看護): <input type="checkbox"/> 看護計画 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 看護オーダ <input type="checkbox"/> 看護実施 <input type="checkbox"/> 熱型表 <input type="checkbox"/> 看護サマリ <input type="checkbox"/> プレグノグラム <input type="checkbox"/> パルトグラム <input type="checkbox"/> 助産録	
<input type="checkbox"/> 診療記録(検査): <input type="checkbox"/> 検査(検体・細菌)結果 <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> レポート <input type="checkbox"/> 生理・内視鏡結果	
<input type="checkbox"/> 診療記録(その他): <input type="checkbox"/> 服薬指導レポート	

申請者(本人)
署名 ( )
住所 ( )
電話番号( )

申請者(本人以外)
署名 ( )患者との続柄 ( )
生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ( )年( )月( )日
住所 ( )
電話番号( )
あなた(申請者)は次のどれに該当しますか。1つ選んでください。
<input type="checkbox"/> 本人の法定代理人。
<input type="checkbox"/> 患者が未成年者である場合に、その親権者又は後見人。
<input type="checkbox"/> 患者本人が選任した弁護士、親族及びこれに準ずる者。⇒所定の代理人選任書を添えてください。
<input type="checkbox"/> 患者が開示を請求する意思能力を欠く場合において、患者の配偶者又は直系血族が選任した弁護士(⇒所定の代理人選任書を添えてください)及び現実に世話をしている親族及びこれに準ずる者。
<input type="checkbox"/> 患者が死亡した場合に、患者の配偶者、子、親、及びこれに準ずる者。(これらの者の法定代理人を含む)

申請理由
------

## &lt;病院記入欄&gt;

病院長	副院長	診療科部長	主治医	病歴課長	医事課長

## 以下横浜総合病院記入欄

申込者本人確認方法	運転免許証, 旅券, 健康保険被保険者証, 年金手帳
申込者資格確認方法	戸籍謄本, その他( ) 同意書の 有・無

## 本人同意書

私は、申請者（ ）に対して、表記申請書のとおり、私の診療情報が開示されることに同意します。

緑成会 横浜総合病院長殿

年 月 日

受診者本人（自署）

印

## 開示終了確認欄

実施日 年 月 日

(申請側立会い人)

(病院側立会い人)

立会人  
(自署)

.....

.....

.....

.....

.....

.....