

診療記録等開示請求書

(佐久市保有個人情報開示等請求書)

令和 年 月 日

佐久市立国保浅間総合病院
病院長 殿

下記のとおり診療記録の開示を請求いたします 請求者 住所

氏名 印

電話

 のある項目は該当する にレ印をしてください

1	開示を求める 診療記録の内容	<input type="checkbox"/> 医師記録	<input type="checkbox"/> 看護記録	<input type="checkbox"/> メディカルスタッフ記録	
		<input type="checkbox"/> 処方内容	<input type="checkbox"/> 検査所見	<input type="checkbox"/> 手術記録	
		<input type="checkbox"/> 画像記録	<input type="checkbox"/> その他()		
		<input type="checkbox"/> 診療記録開示を希望する科【 】			
		<input type="checkbox"/> 診療記録開示を希望する期間【 年 月 日～ 年 月 日】			
2	開示の区分	<input type="checkbox"/> 医師の説明	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 複写・要約の写し	
		<input type="checkbox"/> 訂正	<input type="checkbox"/> 削除		
3	請求者が 患者本人以外の場 合	請求者と 患者との関係		<input type="checkbox"/> 法定代理人	
				<input type="checkbox"/> 患者本人から代理権を与えられた親族	
				<input type="checkbox"/> 代理権が付与されている任意後见人	
				<input type="checkbox"/> 親族に準じる者（世話をしている者・縁故者）	
患者の氏名 及び生年月日 性別		氏名 生年月日 年 月 日生 性別 男・女			
患者の住所 及び電話番号		住所 電話番号			
4	開示希望日時	第一希望	年 月 日	曜日	午後 時
		第二希望	年 月 日	曜日	午後 時
		第三希望	年 月 日	曜日	午後 時
		<input type="checkbox"/> 特に希望なし			

注 1 請求の際には、請求者ご本人を確認できる書類(運転免許証、旅券、健康保険証 等)の提示が必要です

注 2 患者本人以外の請求はこの請求書以外に同意書が必要です。
また、請求資格が確認できる書類の提出が必要になります。

病院処理欄

請求者本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 国民年金手帳
	<input type="checkbox"/> 厚生年金手帳	<input type="checkbox"/> その他【 】		
患者本人以外の請求者 資格確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	
	<input type="checkbox"/> その他【 】			
患者本人以外の請求の場合 患者本人の同意書(委任状)	<input type="checkbox"/> 同意書あり (15歳以上の未成年者の場合は同意書必要)			
開示担当部署	担当者			