

開示申請書

済生会滋賀県病院

病院長 三木 恒治 殿

開示を希望する患者	フリガナ 患者氏名		患者番号	
	生年月日	(明 大 昭 平 令)		年 月 日 生
	住 所	〒		
	電話番号	自宅	携帯	
開示を希望する 診療科・診療期間	科 入院・外来	年 月 日 ~ 年 月 日		
	科 入院・外来	年 月 日 ~ 年 月 日		
	科 入院・外来	年 月 日 ~ 年 月 日		
開示を希望する 診療記録 ※該当箇所の数字を ○で囲んで下さい	1	診療録	2	看護記録
	3	検査記録・検査成績表	4	X線写真など CD-R
	5	その他		
開示方法	a 閲覧	b 謄写	c 閲覧と謄写	
同席希望	患者との関係			

上記のとおり、診療記録の開示を希望します。

尚、郵送による診療記録の提供に関して、以下の内容について理解し、同意の上開示を希望致します。

1. 当院職員以外の第三者による紛失や、情報漏洩等の郵便事故に関しては、当院は一切の責任を負いません（何らかの要因で当院職員以外の第三者が診療記録を取得する可能性があります）。
2. ご家族等を含め、申請者以外の第三者が診療記録を受け取る可能性があります。

申請者 氏名 _____ (印)

(続柄) _____

※申請者が本人の場合は記入不要

住 所 〒 _____

電話番号 _____

[本人同意書]

私は、上記のとおり、申請者 _____ に対して、私の診療記録が開示されることに同意します。また、郵送による診療記録の提供に関して、上記の内容を理解し同意致します。

患者本人（自筆） _____ (印)

年 月 日

※以下は記入する必要がありません。

申請者の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> ()
受理 号	受理	年 月 日	担当係 申請No.