

診療録等の開示申請書

福岡市民病院 院長 殿

年 月 日

患者本人または、2親等内の親族、法定代理人の方にご記入をお願い致します。
※任意代理人の方は申請できませんのでご注意ください。

氏名 (印)

〒

住所

電話番号

患者との関係 (本人 ・)

下記の通り、診療録等の開示を申請します。

開示方法 (○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> (1) 診療録等の写しの交付 (2) 診療録等の要約書の交付 (3) 診療録等の閲覧		
開示期間	外来	年 月	希望される期間、診療科、種別等をご記入下さい(わかる範囲で結構です)。
	入院	年 月	
開示診療科	画像が必要な場合は(1)を、不要な場合は(2)を選択してください。		
開示種別 (○で囲む)	(1) 診療記録	(2) 診療記録 (画像を除く)	(3) その他()
複写の提供方法	(1) 電子媒体 (CD-R 1枚1100円)	(2) 紙媒体 (両面コピー 1枚20円)	(3) その他()
※電子媒体で提供できない記録につきまし			
患者情報 (患者と申請者が異なる場合に記載)	氏名		
	生年月日	(大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日	
	患者の状況 (○で囲む)	(1) 生存中 (2) 死亡	
<p>(同意欄) 患者が生存中の場合に患者が記載</p> <p>患者本人以外の方が申請される場合のみ記載が必要です。</p> <p>私は、上記の通り <u>申請者名</u> に対して</p> <p>貴院が保有する私の診療録等が開示されることに同意します。</p> <p>年 月 日 <u>患者自署</u></p>			

電子媒体、紙両方必要な場合は(1)、(2)どちらにも○をつけてください。