

診療記録等の開示申込書

いずみの病院 院長殿

診療記録等の開示を受けたい患者	(フリガナ)	(姓)	
	患者氏名		
	住所		
	生年月日	明・大・昭・平 令・西暦	
開示 ^{注4} を希望する記録		診察日・部位等	媒体 ^{注3}
	<input type="checkbox"/> 診療録 (カルテ) ^{注1, 2}		<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD-R
	<input type="checkbox"/> 画像情報 (X線, CT, MR)		<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R
* 右のうち該当するものにレ印をつけて下さい	<input type="checkbox"/> その他		

注1) 当院の診療録 (カルテ) は、2008年9月以前は紙カルテ、同年10月以降は電子カルテです。
前者の場合は「コピー機による複写」、後者の場合は「印刷機からのプリントアウト」となります。

注2) 電子カルテの印刷 (プリントアウト) の場合、通常の開示対象は下表の通りですが、下表以外にも開示ご希望の場合は、ご相談に応じます。

開示対象の診療情報 (通常の場合)

入院・外来共通	患者基本情報 (氏名、生年月日、住所、他)、病名一覧、カルテ記載 (経過記録) オーダー情報 (ただし2016年11月以降)、検査結果、細菌検査結果
入院のみ	主訴・現病歴、看護計画、病棟検温表、退院時要約 (医師、看護師)

注3) 診療録 (電子カルテ) の場合、通常は紙に印刷 (プリントアウト) しますが、CD-Rにての提供も可能です (PDF)。
また、画像情報をCD-Rにて提供する場合は、閲覧用ソフト同梱となります。

注4) 複写、プリントアウトによらず、閲覧のみご希望の場合も、対応いたします。

私は上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

年 月 日

申請者 氏 名

㊟

患者との関係

住 所

電 話 番 号

※開示申込者は本人であることを証明できるもの (運転免許証等) を提示のこと

本人確認 点検欄	受付者 サイン