

診療情報開示請求書

【見本】

20●●年●月●日

東北大学病院長 殿

(請求者)

〒 980-8574

住 所 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1

(フリガナ) トウホク カズオ

氏 名 (署名) 東北 一男

電話番号 ●●● - ●●●● - ●●●●

患者 ID ●●●-●●●●-●

赤字部分、チェック箇所は記入が必須です。漏れの無いようにご記入をお願いします。

診察券や領収書を参照ください。開示請求対象者の患者IDをご記入ください。

全ての期間・診療科は「上段」に指定がある場合は「下段」に チェックを入れてください。

どちらかにチェックを入れてください。

次の通り診療情報の開示を請求します。

1. 開示を請求する内容と方法

*該当する箇所の記入、または□にレ点を入れてください。

請求内容	<input checked="" type="checkbox"/> 全ての診療記録	全期間 (初診~最終受診日)	〔画像の要否: <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要〕	
		全診療科 (受診した診療科)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定の診療記録	①診療科名:	皮膚科	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
		指定期間:	2020年4月1日 ~ 2020年5月31日	
		②診療科名:	形成外科	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 入院
	指定期間:	2020年6月1日 ~ 2020年6月7日		
	<input type="checkbox"/> 診療記録	<input type="checkbox"/> 検査記録 (病理)	<input type="checkbox"/> 画像 (CD-R)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
開示方法	<input checked="" type="checkbox"/> 複写	<input type="checkbox"/> 閲覧		

外来、入院のどちらかまたは両方にチェックを入れてください。

初めて受診した日が分からない場合、「初診」と記入してください。

希望する情報にチェックを入れてください。左記にない記録の場合、その他にご記入ください。料金は別紙をご参照ください。

2. 開示請求に係る患者情報 (患者本人以外が請求する場合)

患者氏名	東北 太郎	患者との関係
生年月日	19●●年 1月 1日	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母
住 所	〒980-0862 宮城県仙台市青葉区川内4-1	<input type="checkbox"/> 子 (具体的に)
電話番号	●●● - ●●●● - ●●●●	<input type="checkbox"/> 法定代理人・弁護士
患者本人から開示を託された理由	体調不良により来院が困難なため 等	

患者本人から見た代理請求者の続柄をチェックしてください。

《注》請求に際しては、本人等の確認のため別表による書類が必要になります。

病院使用欄	患者本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート)
		<input type="checkbox"/> その他:		確認した番号:	
	患者本人以外	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 運転免許証
		<input type="checkbox"/> その他:			
	備考		受付日	/	確認者