

診療情報開示申請書

医療法人相生会 福岡みらい病院
病院長 殿

年 月 日

申請者欄	氏名	(フリガナ)	男 ・ 女
			年 月 日生
	患者との関係	1. 本人 2. 法定相続人 3. 法定代理人 4. 任意代理人 5. その他 ()	
住所	〒 電話番号 () -		

(注1) 「氏名」欄は、必ず申請者本人が署名してください。

以下のとおり診療記録の開示を申請いたします。

患者情報	患者ID:		
	氏名	(フリガナ)	男 ・ 女
			年 月 日生
住所	〒 電話番号 () -		
診療記録の内容	(1) 入外区分 (入院 ・ 外来)		
	(2) 診療科名 ()		
	(3) 診療記録 (カルテ)	年 月 日 ~ 年 月 日	
		1. 電子媒体 (CD・DVD) による受領 ・ 2. 用紙による受領	
	1. 修正履歴 あり 2. 修正履歴 なし		
(4) 画像	年 月 日 ~ 年 月 日		
法定代理人 又は相続人が 開示申請する場合	【患者の状況】 (1) 15歳以上: 同意の 有 ・ 無 (2) 15未満 (3) 成年被後見人 (4) 死亡		
開示の方法	1. 閲覧のみ 2. 謄写 (コピー) のみ 3. 閲覧と謄写 (コピー)		

(注2) 申請の際には、請求者本人であることを証明するために健康保険証・運転免許証等の写しを提出してください。

(注3) 法定代理人又は相続人が請求する場合には、注2の書類のほか、その資格を確認するために3ヵ月以内に取得した戸籍謄本・住民票 (世帯主との続柄記載) 等の原本を提出してください。

(注4) 電子カルテに保存されている診療記録については、開示期間の全情報が対象となります。

(注5) 患者欄の氏名には、受診当時の名前を記入してください。

※院内決裁欄

院長	事務部長	看護部長	主治医	診療情報管理室長