

診療記録開示請求書

年 月 日

虎の門病院 院長 殿

私は、貴院が保有する下記の診療記録の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ	
	患者氏名	
	I D 番 号	
	住 所	
	生 年 月 日	
開示を希望する 記録等	診 療 科 名	() 科 、 () 科 、 ☐ 全診療科
	診療録等の種類	☐ 入院カルテ (☐ サマリーのみ) ☐ 外来カルテ ☐ その他の記録等
	対象となる時期	外来 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 備考 :
		希望する内容
	画像について	☐ CD-Rあり ☐ CD-Rなし
	開示方法	☐ 複写 (コピー) ☐ 閲覧

☐私は、診療記録開示に係る手続きに係る説明を理解し、診療録の開示を請求いたします。

請求者 氏 名 印

(自署) 患者との関係

〒

住 所

電話番号 (連絡先)

あなた (請求者) は次のどれに該当しますか。 1つ選んで下さい。

☐患者が死亡した場合に、患者の配偶者、子、親、及びその他の法定相続人。

☐患者が死亡しかつ患者の配偶者、子、親、その他の法定相続人が成年被後見人である場合に、その成年後見人。

☐以上のいずれにも該当しない。

(虎の門病院)

20〇〇年 〇月 〇日

虎の門病院 院長 殿

診療記録開示請求書

記入日

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 診療券の登録番号等 を記入してください。	フリガナ	トラノモン タロウ
	患者氏名	虎ノ門 太郎
	I D 番号	1-234-567-8
	住所	東京都港区〇区〇丁目〇番〇号（現住所）
開示を希望する 記録等	生年月日	〇〇年〇月〇日
	診療科名	（ 肝 臓 内 ） 科 、 （ ） 科 、 ☐ 全診療科
	診療録等の種類	☐ 入院カルテ（ ☒ サマリーのみ） ☒ 外来カルテ ☐ その他の記録等
	対象となる時期	外来 2011年 3月 1日 ～ 2012年 1月31日 年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日 入院 2012年 2月 1日 ～ 2012年 2月28日 年 月 日 ～ 年 月 日 備考：
	希望する内容	☒ 診療録の記載内容全部 ☐ 一部分 備考：
	画像について	☐ CD-Rあり ☒ CD-Rなし
開示方法		☒ 複写（ コピー ） ☐ 閲覧

☒私は、個人情報開示手続きに係る説明を理解し、個人情報の開示を請求いたします。

請求者 氏 名 虎ノ門 太郎 印

（自署） 患者との関係 本 人

〒123-456

住 所 東京都港区〇区〇丁目〇番〇号（現住所）

電話番号（連絡先） 03-1234-5678

あなた（請求者）は次のどれに該当しますか。1つ選んで下さい。

☒患者が死亡した場合に、患者の配偶者、子、親、及びその他の法定相続人。

☐患者が死亡しかつ患者の配偶者、子、親、その他の法定相続人が成年被後見人である場合に、その成年後見人。

☐以上のいずれにも該当しない。

（虎の門病院）