

診療記録等の開示申請書

申請日 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会
知多厚生病院 院長 殿

(申請者)

氏名

印 ※自署の場合は押印不要

生年月日 昭・平・令 年 月 日

住所

電話番号

私は、開示に伴う経費に同意の上、下記のとおり、診療記録等の開示を申請します。

開示対象患者との関係	<input type="checkbox"/> 申請者本人 ※申請者本人以外は申請したい患者名を記載		
	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	申請したい患者名を記載	患者氏名	フリガナ
		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
		診察券番号	※分からない場合は空欄
開示希望内容	<input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 画像 (X線・CT・MRIなど) <input type="checkbox"/> 検査結果		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	診療科	<input type="checkbox"/> 全科 <input type="checkbox"/> 個別 ()	
期間	<input type="checkbox"/> 全期間 (診療記録がある期間全て)		
	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
開示方法	<input type="checkbox"/> 謄写 (コピー) : 修正履歴 (要・不要)		
	※修正した記録全てが必要な場合は修正履歴「要」に○を付けてください		
備考	<input type="checkbox"/> 閲覧		
	※開示希望内容に詳細な指定がある場合はこちらにご記載ください		
開示手数料 : 3,300円 資料提供料 : 紙 10円/枚 CD-R 2,200円/枚			

(申請時に必要なもの)

※申請者本人であることを確認するために必要な書類 (運転免許証、資格確認書、マイナンバーカード等の身分を証明できるもの) を提示してください。

※申請者が患者本人以外の場合は、患者本人の意思が確認できる委任状 (患者本人が満15才以上は必須) と患者本人との関係を証明する書類 (戸籍謄本等) を提示してください。

※患者本人が死亡している場合、第6親等までの親族は申請可能です。患者本人との関係を証明する書類 (戸籍謄本等) を提示してください。

万が一、親族間でのトラブルが発生した場合、当院は一切責任を負いかねますのでご了承ください。