

診療情報の提供(開示)申請書

仙台整形外科病院長 殿

(ID番号: —)

| | | |
|------|--------|---------------------------|
| フリガナ | (セイ) | (メイ) |
| 患者氏名 | (姓) | (名) |
| 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 |
| 住 所 | | |
| 電話番号 | (携帯番号) | |

提供(開示)を希望する診療情報

| | | |
|--------------------------|-------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 外来診療記録等 (カルテ等) | 希望期間 : 全部 ・ 一部 (一部希望の場合具体的に下記へ記入) 開示方法 : 写しの交付 ・ 閲覧 ① 期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | 入院診療記録等 (カルテ等) | 希望期間 : 全部 ・ 一部 (一部希望の場合具体的に下記へ記入) 開示方法 : 写しの交付 ・ 閲覧 ① 期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | 画 像 CD-R | 希望箇所 : 全部 ・ 一部 (一部希望の場合具体的に下記へ記入) 部 位 : 期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | 要 約 書 | 希望内容 : |
| <input type="checkbox"/> | 修 正 履 歴 | 必要 ・ 不要 |

* 医師記録のみ、看護記録のみ等の診療記録の一部開示につきましては、診療記録内容への誤解をまねく可能性を鑑みて、お断りしております。

* 他院から提供された文書(診療情報提供書、返書等)、画像などは開示対象ではありません。

* 申請をする際には、『診療情報の提供(開示)について』(HP掲載)を必ずご確認ください。

私は開示説明・料金について同意し、上記の通り診療情報の提供(開示)を申請します

西暦 年 月 日

申請者

氏名(自筆署名)

患者本人

患者との関係

患者本人以外

住所

電話番号

病 院 担 当 者 記 入 欄

| | | |
|-----|-----|------------------------------------|
| 受付日 | 提供日 | 診療録 枚 CD-R 枚 |
| | | |