

青森市民病院診療記録開示申出書

年 月 日

青森市民病院長 様

私は、下記のとおり診療記録の開示を申出します。

	住 所
【申出者】	氏 名
	患者との関係
	電話番号

1 申出に係る診療記録の内容 (○で囲む)	診 療 科 名	
	1. 記録の全部 (入院・外来)	年 月 日～ 年 月 日
	2. 記録の一部	
	(1) カルテ (入院・外来)	年 月 日～ 年 月 日
	(2) 看護記録	年 月 日～ 年 月 日
	(3) 処方箋	年 月 日～ 年 月 日
	(4) 検査記録	年 月 日～ 年 月 日
(5) 写真 (X線・CT・MRI)	年 月 日～ 年 月 日	
(6) その他 ()	年 月 日～ 年 月 日	
2 申出の区分 (○で囲む)	(1) 閲 覧 (2) 写しの交付 (3) 口頭による説明 (4) 要約書の交付	
3 申出の理由 (※差し支えなければ理由を簡単にご記入ください。)		
4 開示を受けようとする患者の氏名等 (患者本人以外が申出の場合に記入)	患 者 の 氏 名	
	患 者 の 住 所	
	患 者 の 生 年 月 日	年 月 日生まれ
	患 者 の 電 話 番 号	

※ 事務局処理欄 (記入不用)	
申出者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 健康保険証 (3) 旅 券 (4) その他 ()
申出者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他 ()
備 考	

注) 法定代理人による申出の場合は、申出者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出又は提示してください。
患者本人以外の申出の場合は、未成年者を除き本人の同意書(様式は任意)を提出してください。

診療記録開示回答書

様

青森市民病院 長

年 月 日付けで申出がありました診療記録の開示について、下記のとおり決定しましたので、通知します。

1 開示の種類	(1) 全部開示 (2) 一部開示 (3) 非開示				
2 申出に係る診療記録の内容					
3 開示の日時及び場所	日	時	年	月	日
			午前	時	分
	午後	時	分		
4 開示しない場合の理由とその範囲					
5 事務局	青森市民病院 事務局 総務課 (担当:) 電話 017 (734) 2171 (内線)				
6 備考					

注) 当日は、この回答書と申出者本人であることを証明する書類を持参してください。
また、上記の日時に当院へ来院できない場合は、事前に事務局までお知らせください。
(非開示の場合を除く。)