

診療記録(カルテ)開示申請書

令和 年 月 日

国立研究開発法人

国立がん研究センター東病院長 殿

〒

住 所

申請者 氏 名

(印)

電話番号

以下のとおり、診療記録の写しの交付を申請いたします。

1 申請に係る 診療記録の内容		
2 患者本人の氏名等 (患者本人以外が申請する場合)	患者本人の氏名	
	患者本人の住所 及び電話番号	
	患者本人との続柄	
※ 事務局 処理欄	患者番号	
	申請者本人 確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅 券 (3) 健康保険証 (4) その他()
	申請者資格 確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) 住民票 (3) 委任状 (4) その他()
※備 考		

《注》

- 「申請に係る診療記録の内容」欄は、提供の申請をしようとする診療記録が特定できるように具体的に記入してください。
- ※欄には、記入しないでください。
- 保険会社への申請書類の提出、他の病院の診療のために当院での診療経過の情報が必要な場合などは、この診療記録(カルテ)開示申請書の手続きによるのではなく、別に決められている「診断書」や「診療情報提供書」の方が適切な場合がありますので、ご相談下さい。□

開示申請書別紙

令和 年 月 日

申請者氏名 _____

以下のとおり、診療記録の写しの交付を申請いたします。

1.開示を希望する記録

内容(希望する番号に○をつけてください)		期間(希望する期間がある場合はご記入ください)			
記 録	1 診療録(医師記録)	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	2 処方記録	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	3 注射記録	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	4 手術記録	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	5 看護記録	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	6 紹介状 (当院から発行したものに限る)	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	7 退院時サマリー	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	8 放射線治療照射録	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	9 経過記録(温度板)	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
検 査 結 果	10 検体検査結果(血液・尿)	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	11 超音波検査報告書	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	12 呼吸機能検査報告書	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	13 心電図検査報告書	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	14 内視鏡検査報告書 <input type="checkbox"/> 白黒 <input type="checkbox"/> カラー(※1)	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	15 病理診断報告書 <input type="checkbox"/> 白黒 <input type="checkbox"/> カラー(※1)	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	16 細胞診報告書	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	17 画像検査報告書	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	18 画像データ(※2)	全期間 ・ 期間	年	月	日 ~ 年 月 日

■上記以外にご要望がございましたら、下記の「その他」欄にご記入ください

19 その他()

出力媒体 紙媒体 CD-R、DVD-R
(※2)

備考(※3)

※1. カラーコピー 1枚:100円(税別)

※2. 画像データ(CD-R、DVD-R) 1枚:1,000円(税別)

※3. その他の要望があれば備考欄にご記入ください

2.受け取り方法

当院窓口 郵送(申請者欄記載の住所に郵送いたします)