

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 □白黒 □カラー(※1)	全期間 ・ 期間	年 月 日 ~	年 月 日	
	15 病理診断報告書 □白黒 □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)