（別紙 1）

診療記録等の開示請求申請書

済生会長崎病院　院長　殿

情報提供を希望する患者氏名等	患者番号（※病院で記入）			
	（フリガナ） 患 者 氏 名		男 女	明・大・昭・平・令 年　月　日生
	住　　所	〒		
	電 話 番 号			
情報提供を希望する記録 （診療期間の記入及び希望される該当箇所に○を付して下さい）	診 療 期 間	平・令　年　月　日　～　平・令　年　月　日		
			コピーを希望	閲覧のみ希望
	1 診療経過の要約（サマリー）			
	2 医師の診療記録			
	3 看護記録			
	4 検査結果			
	5 X 線写真などの画像記録			
	6 その他			
閲覧希望日 （閲覧のみ希望する場合）	第1希望	令和　年　月　日（　曜日）午前 ・ 午後		
	第2希望	令和　年　月　日（　曜日）午前 ・ 午後		
	特に希望なし			

私は、上記のとおり診療録（カルテ）の情報提供を希望します。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名（自署）　　㊞

患 者 との 関 係　　

住　　所　　

電　話　番　号　　

≪ 患 者 本 人 同 意 書 ≫

私は、申請者　　に対して、私の診療録の情報等が提供されることに同意します。

患者氏名（自署）　　

【済生会長崎病院使用欄】

(1) 受付日　　令和　　年　　月　　日

(2) 申請者の確認

① 運転免許証　② 健康保険証　③ 戸籍謄本・戸籍抄本　④ 住民票

⑤ その他（　　）

(3) 院内処理欄

決裁	院長	事務部長	主治医	主治医	医事課長	担当者	費用徴収
							円
	承認 ・ 不承認	承認 ・ 不承認	同意 ・ 不同意	同意 ・ 不同意			
	日付　/	日付　/	日付　/	日付　/	日付　/	日付　/	日付　/