様式１

診療記録の開示申請書

申請日：　　年　　月　　日

長崎大学病院長　殿

申請者情報	ふりがな		患者本人捺印不要 印 シャチハタ不可	生年月日	年　月　日 ※患者本人申請の場合、記入必須
	氏名			電話番号	(　　)　－
	住所	〒　　－			
	患者との続柄	□ 患者本人　□ 親族　□ 弁護士　□ 保険会社/調査会社　□ 任意後見人			
	代理申請理由	※患者本人申請の場合、記入不要			

※患者本人が申請する場合は記入不要				
患者情報	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏名		電話番号	(　　)　－
	住所	〒　　－		

開示希望内容	対象期間	□ １．初回来院日から申請日までの期間 ※期間を指定する場合、必ず日付をご記入ください。申請日より先の日付や言葉での期間指定は受付不可 □ ２．指定の期間（　年　月　日 ～　年　月　日 年　月　日 ～　年　月　日 年　月　日 ～　年　月　日）
	診療科	□ １．全診療科（上記対象期間内でかかった全ての診療科） □ ２．個別の診療科（　　）
	開示希望の記録を選択	□ 全ての記録を希望（以下１番～7番） □ １．診療録（カルテ） □ ２．看護師の診療記録 □ ３．薬・注射の投与記録 □ ４．レントゲン・CT・MRI 等の画像（CD-R/DVD-R） □ ５．レントゲン・CT・MRI 等の読影レポート □ ６．検査結果及び報告書（血液・心電図・エコー等） □ ７．退院サマリー(診断名、入院中の経過、治療内容等を簡潔にまとめた要約) □ ８．その他(　　)
受取方法		□１．来院受取　□ ２．郵送受取(着払)　□ ３．未定

（注）
1. 代理人が申請する場合、申請者情報欄へ捺印してください。(※シャチハタ不可)
2. 開示希望内容の欄で、該当（希望）する記録を✓で選択してください。
3. レントゲン・CT・MRI 等の画像は CR-R/DVD-R にて１枚につき税込 2,200 円、それ以外の診療記録は１枚につき税込 33 円で提供します。
4. 申請１件につき税込 2,640 円の診療録等開示手数料がかかります。
5. 記入漏れや間違いがありますと再度申請をお願いすることになりますので、ご不明な点はお問合せください。

長崎大学病院　診療情報管理室　095－819-7200（代表）

※開示担当者記入欄					備考
必要書類受取確認	身分証明書	同意書/委任状	戸籍謄本等	その他	