様式１

記入例

診療記録の開示申請書

申請日：　○○○○年 ○○月 ○○日

患者本人/患者親族　申請の場合

申請者情報	ふりがな	○○○○　○○	患者本人／親族 自署の場合 捺印不要 自署の場合押印不要 ㊞ 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	〒○○○ － ○○○○ ○○県　○○市　○○町　○○ - ○○			
	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	※代理申請理由：患者本人申請以外は記入必須 患者が未成年(18歳未満)や故人である場合は、理由に記載をお願いします。 ※患者本人申請の場合、記入不要			

患者情報	※患者本人が申請する場合は記入不要			
	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏名	※患者情報：患者本人申請以外は記入必須	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 ☑ 2．指定の期間（○○○○年　○○月　○○日 ～ ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日） ※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 ※指定の期間や日付がある場合、必ず始まりと終わりの日付をご記入ください。一日だけを指定したい場合は、始まりと終わりに同じ日付をご記入ください。
	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（○○○科、○○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。

※申請書に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。
ご不明な点等がある場合は、お問い合わせください。
長崎大学病院　診療情報管理室　☎095－819－7200（代表）

※開示

必要書類受取確認				

様式１

記入例

診療記録の開示申請書

申請日：　○○○○ 年○○ 月○○ 日

弁護士/保険会社/調査会社/任意後見人 申請の場合

申請者情報	ふりがな	○○○○　○○	患者本人 / 親族 自署の場合 捺印不要 **押印必須 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	〒○○○ － ○○○○ ○○県 ○○市 ○○町 ○○ - ○○			
	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	※記入必須 患者が未成年(18歳未満)や故人である場合は、理由に記載をお願いします。 ※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	※記入必須	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 ※指定の期間や日付がある場合、必ず始まりと終わりの日付をご記入ください。一日だけを指定したい場合は、始まりと終わりに同じ日付をご記入ください。
	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 ○○○科、○○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。

※申請書に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。
ご不明な点等がある場合は、お問い合わせください。
長崎大学病院　診療情報管理室　☎095－819－7200（代表）

※開示

必要書類受取確認				