様式第1号（2－(2)－3関係）

診療記録開示請求書

（西暦）　　　年　　月　　日

宇和島市病院事業管理者　様

（請求者）住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　生年月日

　　　　　電話番号

下記のとおり診療情報の開示を請求いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者記載欄 | 開示方法 | * 閲覧　　　　　　　□　写しの交付
 |
| 開示を希望する範囲 | * 入院　　　　　　　□　外来
 |
| 診療科【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 期間　【　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日】 |
| * カルテ　　□　処方内容　□　手術記録　□　検査所見
* 画像記録　□　看護記録　□　その他【　　　　　　　】
 |
| 代理の場合のみ記載 | 被開示者（患者本人） | 氏名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 生年月日【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 被開示者との関係 | 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 代理請求の理由 | 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |

注１　請求時、請求者の確認のため身分証明書（運転免許証、健康保険証等）の提示が必要です。

注２　代理請求の場合は、被開示者との関係が証明できる書類（戸籍謄本等）の提示が必要です。また被開示者の同意書が必要な場合があります。

注３　受理から15日以内に開示をする旨又は開示をしない旨の決定をし、お知らせします。

注４　写しの作成に係る費用（A4用紙1枚10円、DVD-R1枚1,100円(税込））が必要です。

当院処理欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院記載欄 | 請求者の確認 | * 運転免許証　　　　□　健康保険証
* その他【　　　　　　　　　　　　　　　】
 |
| 代理人の確認 | * 戸籍謄本
* その他【　　　　　　　　　　　　　　　】
 |
| 担当　医事課情報管理係【　　　　　】代表℡0895-25-1111 | 備考 | 受理（西暦）　　　年　　月　　日 |