

診療記録等の開示請求申込書

津田沼中央総合病院 院長 様

(第 号)
(ID: -)

※本人以外の方が開示請求をする場合は委任状が必要となります。

診療記録等の開示を受けたい患者	フリガナ	生年月日 M. T S. H		
	患者氏名			
	住所	〒	電話番号	()
希望する開示方法 (希望する項目に○)	閲覧		口頭による説明	
			複写の希望	
開示を希望する記録 * 該当する箇所に○ を記入して下さい。	診療記録の項目	診療日、部位、期間等	閲覧	複写
	医師診療記録(入院・外来)			
	検査記録、検査結果表			
	エックス線写真等			CD-R
	看護記録			
	その他			

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

なお、プライバシー保持のため提供された診療情報は自己の責任において管理いたします。

年 月 日

本人または代理人の確認方法
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券等
<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> その他()

申請者 氏 名 _____

患者との関係 _____

※ 住 所 _____

※ 電 話 番 号 _____

※申請者が本人の場合は記入不要

診療情報提供の準備をいたします。次の事項をよくお読み下さい。

※診療情報提供には手数料及び諸費用がかかります。詳細は窓口にてお問い合わせ下さい。
(診療記録等、保存期間内のものに限ります)

※請求申込書提出後、診療情報開示委員会にて開示方針の決定を行います。報告まで数日間かかります。予めご了承下さい。
※正当な手続きを経て行われた情報の開示により発生する本人、もしくは開示請求者の不利益に対しては、病院は一切責任を負いません。

(注)情報の開示が患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき、もしくは、患者が明かに不利益を被る場合には開示に対する警告(説明)をする場合があります。主に次の事項です。

- 対象となる診療情報の提供、診療情報等の開示が第三者の利益を害する恐れがある場合
 - 紹介状に含まれる情報等、第三者から得た情報であって、かつ開示について当該第三者の了解が得られない場合など
 - 開示請求者への診療情報提供により、家族、医療従事者およびその他の第三者が、当該患者の攻撃の対象となる可能性が高い場合など
- 診療情報の提供、診療情報等の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがある場合
 - 悪性腫瘍・精神疾患・遺伝性疾患等の患者で、症状や治療内容等について十分な説明をしたとしても、患者本人に心理的影響を与え治療効果等に悪影響を及ぼすと考えられる場合など

上記事項について了承しました

氏 名 : _____