

診療記録開示請求書

岡山大学病院 病院長 殿

令和 年 月 日

請求者

住所 〒

フリガナ
氏名

電話番号

※日中連絡可能な番号

患者との関係： 本人 本人以外：

下記の通り診療記録等の開示を請求します。

診察券番号：

フリガナ 患者氏名	生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日生
患者住所	電話番号	

開示を希望する診療記録の内容

1. 診療科 :

2. 開示期間 : 外来 年 月 日 ~ 年 月 日

: 入院 年 月 日 ~ 年 月 日

3. 診療記録内容

1) 診療録 診療系記録(医師記録、看護師記録、病名、処方箋、退院マリ、指示簿等)看護系記録(看護計画、経過表、グラフィックチャート、看護マリ等 ※入院時のみ)2) 検査結果 一般検体検査(血液、尿検査等)心電図 肺機能 骨密度 その他検査 _____3) 病理所見 細胞診 組織診4) 画像所見 CT MRI X線 内視鏡 超音波5) 画像データ 全て CT MRI X線 内視鏡 その他 _____

※画像データは別途DVD-R(¥2,723)でのお渡しになります。

【備考欄】

同意事項 「診療記録開示請求についての注意事項」の内容を承諾しました。

記録媒体 紙・CD 連絡の有無 要・不要 受取方法 来院・郵送

※事務処理欄(ここより下は記載不要です。)

請求者本人確認書類	・運転免許証 ・マイナンバーカード ・資格確認書 ・その他()
請求者資格確認書類 ※請求者が患者本人以外	・委任状(同意書) ※患者さんが満15歳以上の場合必要です ・戸籍謄本 ・住民票 ・マイナンバーカード ・資格確認書 ・その他()
備考欄	

【記載例】

(様式1号)

診療記録開示請求書

岡山大学病院 病院長 殿

令和 ●●年 ●●月 ●●日

請求者

住所 〒700-8558

岡山市北区鹿田町 2-5-1

フリガナ オカダイ ハナコ
氏名 岡大 花子

電話番号 086-235-6499

日中連絡可能な番号

患者との関係： 本人 本人以外： 妻

▼患者との関係

患者様本人以外が請求する場合は患者様との関係を記載ください
例：妻、長男、弁護士 等

▼電話番号

お問い合わせさせて頂く場合があるため、日中連絡可能な電話番号を記載ください

▼診察券番号

分からない場合は不要です

診察券番号： ●●●●●●●●

下記の通り診療記録等の開示を請求

フリガナ 患者氏名	オカダイ タロウ 岡大 太郎	生年月日	(大・昭平・令) ●●年 ●●月 ●●日 生
患者住所	〒700-8558 岡山市北区鹿田町 2-5-1	電話番号	086-235-6499

開示を希望する診療記録の内容

- 診療科 : ●●科、○○科、××科
- 開示期間 : 外来 2023年 4月 1日 ~ 2023年 10月 31日
: 入院 2023年 4月 12日 ~ 2023年 5月 10日

3. 診療記録内容

- 診療録 診療系記録 (医師記録、看護師記録、薬剤師記録、検査技師記録、理学療法士記録、作業療法士記録)
看護系記録 (看護計画、経過観察)
- 検査結果 一般検体検査 (血液、尿検査等) 心電図 肺機能 骨密度
細胞診 組織診
- 画像所見 CT MRI X線 内視鏡 超音波
- 画像データ 全て CT MRI X線 内視鏡 その他

▼診療記録内容

開示を希望する項目に✓をお願いします

※画像データは別

▼備考欄

【備考欄】

例) 4/13の手術記録

上記項目以外の開示を希望される場合、こちらに詳細を記載してください

同意事項 「診療記録開示請求についての注意事項」の内容を承諾しました。

記録媒体 紙・CD 連絡の有無 要・不要 受取方法 来院・郵送

▼同意事項

「診療記録開示請求についての注意事項」を読んで、必ず✓をお願いします

バーコード・資格確認書・その他 ()

患者さんが満15歳以上の場合必要です

戸籍謄本・住民票・マイナンバーカード・資格確認書・その他 ()

備考欄