

# 診療情報開示請求申込書

帝京大学ちば総合医療センター病院長殿

申請年月日：西暦 年 月 日

開示を受ける患者	氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
	住所	〒 -			

開示対象期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日				
診療科					
出力方法	<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD-R				
内容	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 外来のみ <input type="checkbox"/> 入院のみ			
	<input type="checkbox"/> 診療の過程で生じた身体状況などすべての記録	<input type="checkbox"/> 診療記録のみ(医師や、診療に関わる全ての医療従事者の記録など) <input type="checkbox"/> 検査記録のみ(検体検査・生理検査・病理検査など) <input type="checkbox"/> 入院時経過表のみ(脈拍・呼吸・体温・血圧など) <input type="checkbox"/> 画像データのみ(X線・CT・MRI) <input type="checkbox"/> その他 ( )			

開示請求者	氏名				
	患者との関係	患者が20歳以上の場合	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 親族(続柄: )	<input type="checkbox"/> 代理人
		患者が15~19歳の場合	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 親権者	<input type="checkbox"/> 法定代理人
		患者が15歳未満の場合	<input type="checkbox"/> 親権者	<input type="checkbox"/> 法定代理人	
住所	〒 -				
<input type="checkbox"/> 同上					
電話番号					

※開示請求者が本人以外の場合には、下記もご記入ください。なお、委任状の提出も必要になります。

患者本人が開示請求できない理由(具体的に記入してください)
-------------------------------

----- 当院使用欄 -----

患者 ID - -

請求受付年月日：西暦 年 月 日

病院長	副院長	副院長	事務長	総務課	診療録管理室