

診療記録等開示申出書

令和 年 月 日

愛知県がんセンター病院長殿

氏 名

申出者 住 所

電話番号

(日中に連絡の付きやすい連絡先)

下記のとおり申し出ます。

1 申出に関する診療記録等の内容	<p style="font-size: small;">※申請される診療記録等の内容をご記入ください。ご記入の際には、裏面の注意事項をお読みください。</p> <p> <input type="checkbox"/> 診療録全て (他機関作成文書なし) <input type="checkbox"/> 診療録全て (他機関作成文書あり) <input type="checkbox"/> 診断報告書のみ <input type="checkbox"/> 画像 CD-ROM <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 対象期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) </p>	
2 開示の区分 (○で囲む)	(1) 閲 覧 (2) 写しの交付	
3 患者の氏名等 (患者本人が申出者の時は記載不要)	患者氏名	(フリガナ)
	患者の住所・電話番号	(- -)
	患者の状況 (○で囲む)	(1) 成年被後見人、被保佐人、被補助人 (2) 未成年者 (満 15 歳以上) (3) 未成年者 (満 15 歳未満) (4) その他 ()
4 患者との続柄		
5 備 考	<input type="checkbox"/> 郵送希望 (送付先:) <input type="checkbox"/> その他 ()	
* 事務局 処理欄	申出者本人 確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅 券 (3) 個人番号カード (4) その他 ()
	申出者資格 確認欄	(1) 戸籍謄本・抄本 (2) 後見登記事項証明書 (3) その他 ()
	その他	

*欄は、記入しないでください。

※裏面の注意事項をお読みください。

注意事項

- 1 「申出に関する診療記録等の内容」欄は、開示の申出をしようとする診療記録等が特定できるように記入してください。ただし、診療科の限定や、検査項目の限定、特定の内容のみの抽出など、細かい要望には対応できかねる場合があります。詳細はカルテ開示担当者までお問い合わせください。
(連絡先：電話 052-762-6111 医療情報管理部カルテ開示担当)
- 2 申出者電話番号は、日中に連絡のつきやすい連絡先の記入をお願いします。連絡が取れない場合は、受付が遅延する場合がありますのでご了承ください。
- 3 複数の連絡先があれば記入してください。
- 4 他の機関が作成し、当院が取得した文書等について開示が必要な場合は、別途説明がありますので必ずお申し出ください。カルテ開示担当者から説明後に、受付しますのでご了承ください。
- 5 希望される方は、主治医等が口頭又は文書により補足説明を行います。