

診療記録等の開示申込書（兼 文書引換券）

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構

倉敷中央病院 院長殿

以下のとおり、診療記録の開示を申請いたします。

申込年月日 年 月 日

請求者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
住所	〒	電話番号 (日中連絡可能な)	- -

1 開示請求に関わる患者（患者本人が請求する場合は診察券番号のみご記入下さい）

診察券番号			
氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日

2 患者本人との続柄（☑をお願いします）

患者本人（証明するものをご提示ください）

患者の親族 患者からみて（ ）（患者との関係を示す書類をご提示ください）

その他（ ）（証明するものをご提示ください）

3 開示を請求する内容（必要事項に☑ 又は記載をお願いします）

診療科	<input type="checkbox"/> 全科	<input type="checkbox"/> 一部（診療科）：
開示請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
外来診療記録	<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一部
入院診療記録	<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一部
診療記録の種類 ※診療記録の一部を選択された方は必要な記録に○を付けてください	職種別記録	医師・看護師・その他（ ）
	検査成績	血液検査・尿検査・その他（ ）
	画像報告書	CT・MRI・内視鏡・超音波（心エコー含む）・脳波・心電図・その他（ ）
	画像 (CD-RまたはDVD)	エックス線・CT・MRI・内視鏡・超音波・脳波・その他（ ）

4 開示方法 ※お渡しした開示資料に対して医師からの説明を希望される場合は、医師との面談に☑を、さらに要約書もご希望の場合は、要約書の交付に☑をお願いします。

写しの交付

医師との面談（ 要約書の交付 ）

5 委任状

委任状

私は、「診療記録等の開示申込書」のとおり、倉敷中央病院が保有する私の診療記録を（ ）に
開示されることに同意します。（患者様本人が故人の場合、ご親族欄にご署名をお願いします。）

患者様本人（自署） _____ 印

ご親族（続柄： ）（自署） _____ 印

6 受取方法（☑をお願いします）

窓口で受け取る 郵送で受け取る

病院使用欄

①写しの交付 ②文書資料添付	【担当者】
請求者本人確認欄	①運転免許証 ②健康保険証 ③マイナンバーカード ④その他（ ）
請求者資格確認欄	①戸籍謄本 ②住民票 ③委任状 ④その他（ ）