

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マイナンバーカード ③資格確認書 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（ ） |