

静岡済生会総合病院診療情報開示申込書

太枠の中をご記入ください

申込日

年 月 日

患者氏名		患者番号	
患者生年月日	年 月 日	患者性別	男 · 女
開示を希望する期間にお住まいだった住所			
申請者氏名		患者とのご関係	本人 · 代理人(続柄)
申請者住所			
申請者電話番号	※日中ご連絡がつく番号をご記入ください		

◆ 開示を希望する診療情報の内容についてご記入ください

診療科名			
担当医氏名			
入院外来の種別	入院	·	外来
開示を希望する期間	年 月 日	~	年 月 日

※希望する開示期間によっては診療録の廃棄等により開示できない場合がございます

◆ 開示を希望する診療情報の種類(□に✓を入れてください)

<input type="checkbox"/> 診療録	経過表	要	·	否	<input type="checkbox"/> 透析記録	要	·	否
<input type="checkbox"/> X線画像等								
<input type="checkbox"/> 画像レポート								
<input type="checkbox"/> 検査結果								

※ 開示にかかる申請手数料として9,900円(税込)を添えてお申し込みください。

※病院記入欄

※担当医の意見欄

上記の診療情報について開示を 許可する · 許可しない※1 · 一部許可しない※2

※2 一部許可しない場合、開示不可の診療情報に✓を入れてください

診療録 X線画像等 画像レポート、病理レポート 検査結果

{ いつのどの記録ですか }

※1および※2 許可しないとした理由をご記入ください

{ }

担当医署名

担当医退職の場合は科長署名

院長 事務部長 医事課長 診療科長

備考欄