

診療記録開示請求書

年 月 日

福岡大学病院長 殿

請求者氏名又は名称 (署名又は記名押印) _{注1}	(ふりがな)
患者との関係 _{注2}	
住 所	〒 —
連 絡 先	電話番号 () — 携帯番号 — —

以下のとおり診療記録の開示を請求いたします。

開示を受けたい 患者情報	登録番号 — — (ふりがな) 氏 名 性別 (男 ・ 女) 生年月日 (T・S・H・R 年 月 日生) 年 齢 (歳) (死亡の場合：享年) _{注2} 住 所 〒 — 電話番号 () — 携帯番号 — —
開示請求する 診療記録の内容	(1) 入 外 区 分 (入 院 ・ 外 来) (2) 診 療 科 (部) () (3) 診 療 記 録 (年 月 日 ~ 年 月 日) (4) 画 像 (年 月 日 ~ 年 月 日) (5) 他施設作成成分 <input type="checkbox"/> 診 療 記 録 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 画 像 (年 月 日 ~ 年 月 日) [病院名：]
患者本人が 未成年の場合 _{注2}	(1) 15歳以上:同意の有・無(患者本人署名: 印) (2) 15歳未満
受 取 者 _{注3}	(1) 請求者本人 (2) 請求者本人以外 (氏名: (続柄:))
開 示 方 法	(1) 紙媒体 (2) 電子媒体 (CD-R)
備 考	

注1 患者本人から委任された方が請求する場合には、委任状(同意書)の提出が必要となります。また、請求者が法人その他の団体にあつては、その名称及び担当者の氏名を記載(署名又は記名押印)してください。

注2 法定代理人又は相続人が請求する場合には、その資格を確認するために3カ月以内に取得した戸籍謄本・住民票(患者本人との続柄が明記されているもの)・それを示す書類等を提出してください。

注3 病院内の交付による受取の場合、開示請求者本人であること又は開示請求者から委任、授権を受けた関係者であるとの確認のため、委任状、身分証明書、社員証等の提示が必要となります。

受取者が請求者本人以外の場合は、委任状(同意書)の提出が必要となります。