年　　月　　日

**診療記録閲覧申請書**

横浜市立市民病院

診療情報管理実務責任者　殿

|  |  |
| --- | --- |
| （現所属組織名） | （現所属部署名） |
|  |  |
| （氏名） | （生年月日） |
|  |  |
| （電話番号） | （メールアドレス） |
|  |  |
| （住所） | |
|  | |

以下の内容で診療記録の閲覧を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 閲覧目的 | □ 学会等での症例登録・研究発表  □ 医学論文の作成  □ 資格認定試験 |
| （学会・研究会名、論文名・論文投稿先、資格名） |
|  |
| 閲覧対象 | □ 紙カルテ（平成19年以前の記録）  □ 電子カルテ（平成20年以降の記録） |
| （対象患者等） |
|  |
| 退院時サマリーの  写しの持ち帰り | □ 有（当日、別途申請書を記入）  □ 無 |
| 閲覧希望日 ※  （平日9:00～17:00） | 年　　　月　　　日（　　）　　　：　　～　　： |
| 年　　　月　　　日（　　）　　　：　　～　　： |
| 年　　　月　　　日（　　）　　　：　　～　　： |

※申請日の翌日から起算して（翌日を１日目として）、５日目以降の日付を記入すること。