**診療記録開示請求書**

（請求先）横浜市立市民病院

（請求日）　　　　　年　　　月　　　日

「横浜市立市民病院 診療記録開示要領」に基づき、次のとおり診療記録の開示を請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　開示対象者  （患者本人） | 診察券番号 | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 住所 | |  | | |
| 電話番号 | |  | | |
| ２　代理人・後見人等  ※開示請求者が本人以外の場合のみ記入 | 氏名 | |  | | |
| 住所 | |  | | |
| 電話番号 | |  | | |
| ３　開示の実施方法 | □ 写しの交付（郵送）  □ 写しの交付（窓口）  □ 閲覧 | | | | |
| ４　開示を請求する  範囲（期間） | □ 指定なし（全期間）  □ 指定あり（以下の期間に作成された診療記録）  　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| ５　開示を請求する  診療記録  ※特に指定がない場合は記入不要 | 以下の診療記録の写しをご用意します。  **不要なもの**がある場合は□に✔を付けてください。 | | | | 補足情報 |
| 紙 | 診察記録(二号用紙) | | □ 不要 |  |
| 紙 | 手術記録 | | □ 不要 |
| 紙 | 看護記録 | | □ 不要 |
| 紙 | 検査所見記録(検査報告書) | | □ 不要 |
| 紙 | 波形図(心電図・脳波等) | | □ 不要 |
| 紙 | 画像診断所見記録(画像診断報告書) | | □ 不要 |
| CD | 医用画像(単純Ｘ線・CT・MRI等) | | □ 不要 |
| 紙 | 入院経過概要(退院時要約) | | □ 不要 |
| 紙 | 診療情報提供書(紹介状) | | □ 不要 |
| 紙 | 問診票 | | □ 不要 |
| 紙 | 手術・検査等の同意書(病院控え) | | □ 不要 |
| ６　備考 |  | | | | |

病院使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| ①本人証明書類 | (1) 運転免許証　(2) 旅券　(3) 健康保険被保険者証　(4) 個人番号カード　(5) その他 |
| ②代理人証明書類 | (1) 未成年者の法定代理人 ⇒ 戸籍謄抄本その他法定代理人であることを証明する書類  (2) 成年被後見人等 ⇒ 登記事項証明書その他代理人であることを証明する書類  (3) 本人から代理権を与えられた者 ⇒ 委任状及び①(1)～(5)のうちいずれか  (4) 死亡した患者の親族及びこれに準ずる者 ⇒ 戸籍謄抄、「夫（未届）」又は「妻（未届）」と記載された住民票の写し、パートナーシップ宣誓書受領証明カードその他親族等であることを証明する書類 |