

診療情報開示申請書

令和 年 月 日

琉球大学病院長 殿

【申請者】 〒 —

住 所

(ふりがな)

氏 名 印

患者との続柄 本人 親族 代理人 その他 ()

生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

電 話 番 号 () —

下記のとおり、診療情報の開示を受けたいので申請します。

記

□欄に✓を付してください。

開示を受けたい 診療科等名				
開示を受けたい 内 容 (開示を希望する 番号と項目に○を 付す)	1. 診 療 録 (入院・外来)	年 月 日 ~	年 月 日	
	2. 手 術 記 録 (入院・外来)	年 月 日 ~	年 月 日	
	3. 検 査 記 録 (入院・外来)	年 月 日 ~	年 月 日	
	4. 看 護 記 録 (入院・外来)	年 月 日 ~	年 月 日	
	5. 処 方 箋 (入院・外来)	年 月 日 ~	年 月 日	
	6. 画 像 (入院・外来)	年 月 日 ~	年 月 日	
	7.	年 月 日 ~	年 月 日	
患者以外の者が 申請する場合	(ふりがな) 患者氏名		患 者 生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	患 者 の 連 絡 先	〒 — 電話番号 () —		
	代理人が申 請する理由			
開 示 の 方 法	<input type="checkbox"/> 閲 覧 <input type="checkbox"/> 診療記録の複写 (<input type="checkbox"/> 費用の説明を受け、費用負担について同意します。)			
備 考				

注) (1) 申請の際に、申請者本人であることを確認するために必要な書類 (運転免許証、健康保険証、厚生年金手帳等の身分を証明できるもの) の写しを提出してください。

(2) 患者以外の者が申請する場合は、(1)の書類のほか、その資格を確認し得る書類 (戸籍謄本、委任状、登記事項証明書の写し等) を提出してください。

(3) 本院が第三者 (他の医療機関等) から得た情報は、原則として開示できません。