

診 療 録 開 示 等 申 請 書

令和 年 月 日

国家公務員共済組合連合会
横須賀共済病院 病院長殿

下記の通り診療記録開示申請をします。

患者ID

				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

ふりがな

 生年月日(明・大・昭・平)

患者氏名 _____ (印) _____ 年 _____ 月 _____ 日
〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____
患者との続柄 本人 親族

申請者 _____ (印) 法定代理人 その他()

※ 下記の住所、電話番号は申請者がご本人の場合は記入不要です。

〒 _____
住 所 _____ 電話番号 _____

(代理人の場合) 本人が申請できない理由: _____

希望するものにチェックしてください

1.開示内容	希望する診療科 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	<input type="checkbox"/> 診療録(カルテ) 処方内容、検査等オーダー含む <input type="checkbox"/> 検査結果(採血など) <input type="checkbox"/> 画像記録(フィルム・CD-R) <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 退院要約 <input type="checkbox"/> その他 ()
	2.開示期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 全て
3.開示の区分	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 医師の説明

注1 お申し出の際には、申請者本人であることが確認できる公的証明書の提示が必要です。
注2 代理人等が申請する場合は、代理人資格が確認できる公的書類・委任状・同意書等の提出が必要となります。

病院使用欄

申請者確認書類	1. 運転免許証 2. 健康保険証 3. 年金手帳 4. パスポート 5. その他 ()					
資格確認書類	1. 戸籍抄本 2. 健康保険証(世帯主明記があるもの) 3. 登記事項証明書 4. その他 ()					
備考	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">受付日</td> <td style="width: 400px;">令和 年 月 日</td> <td style="width: 100px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">担当者</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> </table>	受付日	令和 年 月 日		担当者	
受付日	令和 年 月 日		担当者			