

診療記録開示申請書兼回答書

様式 1

太枠内をご記載ください。

	申請日 西暦 年 月 日
国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 殿	
申請者	氏 名 : _____ 印 生 年 月 日 : _____ 年 月 日 患者との関係 : _____ 住 所 : (〒 _____) _____ 電 話 番 号 : _____ - _____
代理人	代理人氏名 : _____ 印 生 年 月 日 : _____ 年 月 日 申請者との関係 : _____ 住 所 : (〒 _____) _____ 電 話 番 号 : _____ - _____

以下のとおり申請します。

1. 患者本人の氏名等 (申請者が患者本人の場合 ※印の診察券番号のみ ご記載ください)	診察券番号※		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
	患者の状況	1. 入院中 2. 通院中 3. 通院終了 4. 死亡	
2. 申請に係る診療情報の 内容及び提供区分		ア. コピー	イ. 閲覧
	診療録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	検査記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 診療科及び受診期間 (開示を求める期間)	診療科	受診期間	
	科	□入院 □外来	年 月 日～ 年 月 日
	科	□入院 □外来	年 月 日～ 年 月 日
	科	□入院 □外来	年 月 日～ 年 月 日
事務局処理欄 受付担当者 ()	申請者本人確認欄	運転免許証・旅券・健康保険証・その他 ()	
	資格確認欄	親族等	戸籍謄本 (抄本)・住民票・その他 ()
		法定代理人	家庭裁判所の証明書 ・ その他 ()
備考			

●回答内容

開示を決定した日	年 月 日
診療記録開示の可否	上記申請内容について(全部開示 ・ 部分開示 ・ 不開示)と致します。
不開示とした部分とその理由	(内容) (理由)
診療記録開示の日時と場所	開示の日時 : 年 月 日 場所 : 国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院
事務局	〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1 国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 財務経理部医事管理課診療情報管理室 連絡先 : 03-3202-7181 (内線 2087)

診療記録開示申請書兼回答書

様式 1

太枠内をご記載ください。

	申請日 西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 殿	
申請者	氏 名 : 国際 太郎 印 生 年 月 日 : 〇〇年 〇〇月 〇〇日 患者との関係 : 父 住 所 : (〒 162 - 8655) 東京都新宿区戸山 1-21-1 電 話 番 号 : △△ - 〇〇〇〇 - ●●●●
代理人	代理人氏名 : 印 生 年 月 日 : 年 月 日 申請者との関係 : 住 所 : (〒 -) 電 話 番 号 : - -

以下のとおり申請します。

1. 患者本人の氏名等 (申請者が患者本人の場合 ※印の診察券番号のみ ご記載ください)	診察券番号※	1 2 3 4 5 6 7 - 8			
	氏名	〇〇〇〇	●●●●		
	生年月日	〇〇 年 △△ 月 ◇◇ 日			
	住所				
	患者の状況	1. 入院中 2. 通院中 3. 通院終了 4. 死亡			
2. 申請に係る診療情報の 内容及び提供区分		ア. コピー		イ. 閲覧	
	診療録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	看護記録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	検査記録	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	画像	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. 診療科及び受診期間 (開示を求める期間)	診療科	受診期間			
	〇〇科	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	〇〇年●月△△日～ 〇〇年△月◇◇日		
	科	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	年 月 日～ 年 月 日		
	科	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	年 月 日～ 年 月 日		
事務局処理欄 受付担当者 ()	申請者本人確認欄	運転免許証・旅券・健康保険証・その他 ()			
	資格確認欄	親族等	戸籍謄本 (抄本)・住民票・その他 ()		
		法定代理人	家庭裁判所の証明書 ・ その他 ()		
備考					

●回答内容

開示を決定した日	年 月 日
診療記録開示の可否	上記申請内容について(全部開示 ・ 部分開示 ・ 不開示)と致します。
不開示とした部分とその理由	(内容) (理由)
診療記録開示の日時と場所	開示の日時 : 年 月 日 場所 : 国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院
事務局	〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1 国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 財務経理部医事管理課診療情報管理室 連絡先 : 03-3202-7181 (内線 2087)