

診療情報開示請求書

山梨大学医学部附属病院病院長 殿

請求日 年 月 日

〒

請求者の住所

電話番号

フリガナ

請求者の氏名

生年月日 年 月 日 (歳)

患者との関係 本人 ・ 本人以外 ()

山梨大学医学部附属病院診療情報開示規程に基づき、下記のとおり、診療情報の開示を請求します。

記

1 患者基本情報（患者本人以外が請求する場合）

フリガナ	
患者の氏名	
患者の生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)
患者の住所	〒 電話番号 ()

2 開示を請求する診療情報の範囲

※裏面をご記入ください。

◆ 診療情報の提供に係る料金「山梨大学医学部附属病院諸料金規定」

診療録等複写料	A4紙1枚につき 21円	画像複写料	CD-R等1枚につき 1,650円
---------	--------------	-------	-------------------

※事務処理欄

患者ID		備考	
------	--	----	--

添付書類確認「山梨大学医学部附属病院診療情報開示実施内規」

請求者が患者本人の場合	患者の身分確認書類	<input type="checkbox"/>	運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード、パスポート、年金手帳などのいずれか1つ
請求者が患者以外の場合	患者の身分確認書類	<input type="checkbox"/>	
	請求者の身分確認書類	<input type="checkbox"/>	
	患者との関係確認書類	<input type="checkbox"/>	戸籍謄本、登記事項証明書等
	患者の同意確認書類	<input type="checkbox"/>	患者本人の同意書または委任状

※満15歳以上の方の診療情報開示請求は、患者本人の同意書が必要です。

(表面)

開示を請求する診療情報の範囲

1 開示を希望する診療科

いずれかに チェックをお願い いたします。	<input type="checkbox"/>	全ての診療科
	<input type="checkbox"/>	限定 () の診療に関する診療科のみ
	<input type="checkbox"/>	指定 ご指定の診療科をご記入ください。 科, 科, 科, 科, 科

2 開示を希望する期間

いずれかに チェックをお願い いたします。	<input type="checkbox"/>	全ての期間 (初診日 から 最終受診日 まで)
	<input type="checkbox"/>	指定 年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日

3 開示を希望する記録 (ご希望の記録にチェックをお願いいたします。)

医師記録	<input type="checkbox"/>	1	医師経過記録 (診療録)
	<input type="checkbox"/>	2	傷病名一覧
	<input type="checkbox"/>	3	手術記録
	<input type="checkbox"/>	4	麻酔記録
	<input type="checkbox"/>	5	退院時サマリー (※入院歴がある場合に限る)
看護記録	<input type="checkbox"/>	6	看護経過記録
	<input type="checkbox"/>	7	経過表 (温度板入力値) (※入院歴がある場合に限る)
	<input type="checkbox"/>	8	看護サマリー (※入院歴がある場合に限る)
	<input type="checkbox"/>	9	各種スクリーニングシート・アセスメントシート (※入院歴がある場合に限る) (例: 安全対策 (転倒・転落/せん妄)、認知症対策、嚥下評価、褥瘡評価、入退院支援など)
文書	<input type="checkbox"/>	10	紹介状・受診報告書 (※当院から発行したものに限る)
	<input type="checkbox"/>	11	診断書
	<input type="checkbox"/>	12	同意書
	<input type="checkbox"/>	13	入院診療計画書 (※入院歴がある場合に限る)
検査結果	<input type="checkbox"/>	14	検体検査結果 (血液・尿)
	<input type="checkbox"/>	15	超音波検査報告書
	<input type="checkbox"/>	16	心電図検査報告書
	<input type="checkbox"/>	17	呼吸機能検査報告書
	<input type="checkbox"/>	18	内視鏡検査報告書
	<input type="checkbox"/>	19	病理診断報告書
	<input type="checkbox"/>	20	細胞診報告書
	<input type="checkbox"/>	21	画像検査報告書 (画像診断所見)
	<input type="checkbox"/>	22	画像データ (X線・CT・MRI 等) (※CD-Rにてお渡しします)

◆ 上記以外に希望する記録等がありましたら、下記へご記入ください。

--