

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」

| | | | |
|--------------|---|--------------|-------------------|
| 診療記録開示手数料 | + | 診療録等複写料 | 画像複写料 |
| 1件につき 3,300円 | | A4紙1枚につき 21円 | 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 |
| | <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。

| |
|--|
| |
|--|