

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	☐	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	☐	
	請求者の身分確認書類	☐	
	患者との関係確認書類	☐	戸籍謄本、登記事項証明書等
	患者の同意確認書類	☐	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。	☐	全ての診療科	
	☐	限定	() の診療に関する診療科のみ
	☐	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。	☐	全ての期間 (初診日 から 最終受診日 まで)					
	☐	指定	年 月 日 ~ 年 月 日				
			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	☐	1	医師経過記録
	☐	2	傷病名一覧
	☐	3	手術記録
	☐	4	麻酔記録
	☐	5	退院時サマリー (※入院歴がある場合に限る)
看護記録	☐	6	看護経過記録
	☐	7	経過表 (温度板入力値) (※入院歴がある場合に限る)
	☐	8	看護サマリー (※入院歴がある場合に限る)
	☐	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	☐	10	紹介状・受診報告書 (※当院から発行したものに限る)
	☐	11	診断書
	☐	12	同意書
	☐	13	入院診療計画書 (※入院歴がある場合に限る)
検査結果	☐	14	検体検査結果 (血液・尿)
	☐	15	超音波検査報告書
	☐	16	心電図検査報告書
	☐	17	呼吸機能検査報告書
	☐	18	内視鏡検査報告書
	☐	19	病理診断報告書
	☐	20	細胞診報告書
	☐	21	画像検査報告書 (画像診断所見)
	☐	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。