

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
国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター 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	～
	科	□入院 □外来	～
	科	□入院 □外来	～
事務局処理欄	申請者本人確認欄	運転免許証・旅券・健康保険証・その他 ()	
受付担当者 ()	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 : 国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター
事務局	〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 事務局 診療情報管理室 診療情報管理係 連絡先 : 03-3202-7181 (内線 2087)

診療記録の要約書交付及び口頭説明に係る申請書兼回答書 (様式2)

太枠内をご記載ください。

	申請日 西暦 年 月 日
国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター 病院長 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 (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. 申請内容	<input type="checkbox"/> 要約交付	ご指定の診療期間の診療記録について医師が要約書を交付します。
	<input type="checkbox"/> 口頭説明	開示された診療記録の内容について担当医が口頭で説明します。
3. 要約交付・口頭説明を希望する記録の種類	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 画像記録 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
4. 診療科・受診期間・入外区分 (要約交付・口頭説明を希望する範囲をご記入ください。)	診療科	受診期間
	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
	科	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 年 月 日～ 年 月 日
5. 希望する説明内容		

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

開示を決定した日時	年 月 日
要約交付もしくは口頭説明の可否	<input type="checkbox"/> 上記申請内容について(要約書を交付・口頭説明)いたします。 <input type="checkbox"/> 上記申請内容は行うことができません。
要約書交付不可もしくは説明不可の理由	(理由)
事務局	〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 事務局 診療情報管理室 診療情報管理係 連絡先: 03-3202-7181 (内線 2087)