

鹿児島市病院事業管理者 殿

請求者 住 所  
氏 名  
患者との関係 ( )  
電話番号 ( ) -

鹿児島市立病院診療記録開示請求書

私は、鹿児島市立病院診療記録の開示に関する取扱要領に基づき、次のとおり診療記録の開示を請求します。

診療記録の開示を受けたい患者 (請求者が患者本人の場合は住所欄の記入不要)	(ふりがな) 患者氏名	( )	患者番号	
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日生		
開示を受けたい診療記録 (必要事項を記入のうえ、該当する場所に○をしてください。)		診療日・部位等	閲覧	写し
	1	診療録 (カルテ)		
	2	診療経過の要約書		
	3	検査記録、検査成績表		
	4	エックス線写真		
	5	CT 画像		
	6	その他		

患者本人の同意書 (請求者が患者本人又は法定代理人の場合は記入不要)	<p style="text-align: center;">同 意 書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>私は、請求者 ( ) に対して、私の診療記録が上記のとおり開示されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">患者本人自署 ( )</p>
---------------------------------------	--

※ (病院処理欄)

受 付 日	年 月 日	
診 療 科 意 見	(1) 全部開示 (2) 部分開示 (3) 全部不開示 [担当医師等: ]	※(2)(3)の場合の理由
管理者決裁日	年 月 日	(全部開示 部分開示 全部不開示)
開 示 方 法	年 月 日に ( ) で (閲覧・写しの交付)	
費 用	円 (内訳)	

- (注) 1 請求者の本人確認ができる書類 (運転免許証、旅券等) を提示してください。
- 2 法定代理人が請求する場合は、法定代理人自身の注 1 に掲げる書類のほか、法定代理人であることを確認できる書類 (戸籍謄本等) を提示又は提出してください。

記載例

様式第 1

令和 年 月 日

鹿児島市病院事業管理者 殿

住所・氏名・患者との関係  
(本人と記入)・電話番号を  
記入してください。

請求者 住所  
氏名  
患者との関係 ( )  
電話番号 ( ) -

鹿児島市立病院診療記録開示請求書

私は、鹿児島市立病院診療記録の開示に関する取扱要領に基づき、  
の開示を請求します。

氏名・住所・生年月日を  
記入してください。

診療記録の開示を 受けた患者 <small>(請求者が患者本人の場合は住所欄の記入不要)</small>	(ふりがな) ( )	患者番号			
	患者氏名				
	住所				
	生年月日	(明 大 昭 平 令) 年 月 日生			
開示を受けたい 診療記録  <small>(必要事項を記入の うえ、該当する場 所に○をしてくだ さい。)</small>	1	診療録 (カルテ)	診療日・部位等	閲覧	写し
	2	診療経過の要約書			
	3	検査記録、検査成績表			
	4	エックス線写真			
	5	CT画像			
	6	その他			

患者本人の同意書	意 書
いつ、どのような診療に関するものが 必要か詳細にご記入ください。 例) R2.6.1~R2.12.31 に内科受診の際の診療録 R2年3月のCT等の画像 など	令和

写しの交付を受け  
たい場合は、「写し」  
に「○」を付けてく  
ださい。

※ (病)

受付日	令和 年 月 日
診療科意見	(1) 全部開示 (2) 部分開示 (3) 全部不開示 [担当医師等: ]
管理者決裁日	令和 年 月 日 (全部開示 部分開示 全部不開示)
開示方法	令和 年 月 日に ( ) で (閲覧・写しの交付)
費用	円 (内訳)

- (注) 1 請求者の本人確認ができる書類 (運転免許証、旅券等) を提示してください。  
2 法定代理人が請求する場合は、法定代理人自身の注1に掲げる書類のほか、  
法定代理人であることを確認できる書類 (戸籍謄本等) を提示又は提出して  
ください。