|   |   | 申請日西曆               |                         | 年 月     | 日         |
|---|---|---------------------|-------------------------|---------|-----------|
| 国立健康危機管理研究機構国                           | 国立国際医療センター 殿                              |                     |                         |         |           |
|   |   | _ 氏 名               | :                       |         | 印         |
|   |   |                     |                         |         |           |
|   |   | 生年月日                | •                       | 年 月     | 目 目       |
|   | 申請者                                       | 患者との関係              | :                       |         |           |
|   | , ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,   | <u> </u>            |                         |         |           |
|   |   | 住 所                 | : (〒                    | _       | )         |
|   |   |                     |                         |         |           |
|   |   |                     |                         |         |           |
|   |   | 電話番号                | :                       | -       |           |
|   |   |                     |                         |         |           |
|   |   | _                   |                         |         |           |
|   |   | 代理人氏名               | :                       |         | 即         |
|   |   | 生 年 月 日             | •                       | 年 月     | l B       |
|   |   | '-                  | •                       |         |           |
|   | 代 理 人                                     | 申請者との関係             | <u>:</u>                |         |           |
|   |   | 住 所                 | : (〒                    | _       | )         |
|   |   | , <u></u> //1       | . (1                    |         | ,         |
|   |   |                     |                         |         |           |
|   |   | 電話番号                | :                       | _       | _         |
| 以下のとおり申請します。                            |   | _ <del></del>       |                         |         |           |
|   | =A #== V == = = = = = = = = = = = = = = = |                     |                         |         |           |
| 1. 患者本人の氏名等                             | 診察券番号※<br>                                |                     |                         |         |           |
| 申請者が患者本人の場合                             | <br>氏名                                    |                     |                         |         |           |
| ※印の診察券番号のみ                              |   |                     |                         |         |           |
| ご記載ください                                 | 生年月日                                      |                     | 年                       | 月       | 日         |
|   |   |                     |                         |         |           |
|   | 11.77                                     |                     |                         |         |           |
|   |   | 1. 入院中 2. 道         | <br>甬院中 :               |         | <br>4. 死亡 |
|   | 7E- H -> -VVDE                            | ア.コピ                |                         |         |           |
| 2. 申請に係る診療情報の                           |   | 7. 30               |                         |         | <u> </u>  |
| 内容及び提供区分                                | 形   | <del>-</del>        |                         |         | <u></u>   |
| , |   | <del>-</del>        |                         |         |           |
|   | 恢生 記略<br>  画 像                            | <del>-</del>        |                         |         | <u></u>   |
|   | 画   <b>隊</b><br>  その他 ( )                 | <u> </u>            |                         |         |           |
|   | その他()                                     | <u>-</u> -          |                         |         |           |
|   | 診療科                                       |                     | <br>受診                  |         |           |
| 3. 診療科及び受診期間                            |   |                     | 又吃                      |         |           |
| (開示を求める期間)                              | 科   | □入院 □外来             |                         | ~       |           |
|   | 科   | □入院 □外来             |                         | ~       |           |
|   |   |                     | <del> </del>            |         |           |
|   | 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            | • 健康保険詞                 | 正・その他(  | )         |
|   | 資格確認 親族等                                  | 戸籍謄本(抄本)・           | <ul><li>住民票・そ</li></ul> | の他 (    | )         |
| 受付担当者(                                  | 欄法定代理人                                    | 家庭裁判所の証明            | 書<br>•                  | その他(    | )         |
| /#: ±×                                  |   | <u>I</u>            |                         |         |           |
| 備考                                      |   |                     |                         |         |           |
| ●回答内容                                   | T   | _                   |                         |         |           |
| 開示を決定した日                                | :   | 年 月                 | 目                       |         |           |
| <br>  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           | <br>分開示 ・               | 不開示 )と到 | <br>えします。 |
|   | (内容)                                      |                     |                         |         |           |
| 不開示とした部分と                               |   |                     |                         |         |           |
| その理由                                    |   |                     |                         |         |           |
|   | (理由)                                      |                     |                         |         |           |
|   |   | <i>F</i>            |                         |         |           |
| 診療記録開示の日時と場所                            | 1   | 年 月                 |                         | . In    |           |
|   |   | 東危機管理研究機構国1         | 业国際医療セン                 | ノター     |           |
| 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           | · —                     |         |           |
|   |   | 国立国際医療センタ<br>療情報管理係 | · <u> </u>              |         |           |

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  | 西曆  | ŧ.   | 年  | J   | 1               | 日                       |     |
|--|---|--|--|---|--|--|---|-----------------|-------------------------|-----|
| 国立健康危機管理研究機  | <b>獎構国立国際医</b>  | 療センター  | 病院長  | 殿   |  |  |   |                 |                         |     |
|  |   |  | (氏   |   | 名  | :  |   |                 | 印                       |     |
|  |   |  | 生  | 年 月   | B  | :  | <del></del>                               | 月               | 月                       |     |
|  |   | 申請者  | -  | 者との   |  | •  | •   | <u> </u>        |                         |     |
|  |   | - H E1 H   | 住  |   |  | <u>·</u><br>: (〒   | _   | )               |                         |     |
|  |   |  |  |   | <i>1</i> /1  | . ( )  |   | ,               |                         |     |
|  |   |  |  | <b>≠</b> ₩  | 且  |  |   |                 |                         |     |
|  |   |  |  | 話番  | <del>'</del> 5   | •  |   |                 |                         |     |
|  |   |  | <i>_</i> ,,  |   |  |  |   |                 | <b></b>                 |     |
|  |   |  | 11   |   | 氏名   |  | •   |                 |                         |     |
|  |   |  | 生  | 年 月   |  |  | 年   |                 |                         |     |
|  |   | 代理人  | .   里  | 請者と   | の関係  |  |   |                 |                         |     |
|  |   |  | 住  |   | 所  | : (〒   | _   | )               |                         |     |
|  |   |  | -  |   |  |  |   |                 |                         |     |
|  |   |  | € 電  | 話 番   | 号  | :  | _   | _               |                         | _   |
| 以下のとおり申請し  | T   | .,   |  |   |  |  |   |                 |                         |     |
| 1. 患者本人の氏名   | 診察券番号   | *  |  |   |  |  |   |                 |                         |     |
| 申請者が患者本人の場合  | 氏名  |  |  |   |  |  |   |                 |                         |     |
| ※印の診察券番号のみ   | 生年月日  |  |  | <del>年</del><br>  | 月<br>  |  | 月   |                 |                         |     |
| ご記載ください。   | 住 所<br>   |  |  |   |  |  |   |                 |                         |     |
|  |   |  |  |   |  |  |   |                 |                         |     |
|  | 患者の状況   |  |  | 重院 中<br>  |  | 院終了  | 4 死亡                                      |                 |                         | -   |
| 2. 申 請 内 容   | │□ 要 約 交 ′<br>│   |  |  |   | )診療「   | 記録に  | ついて                                       | 医師が             | び 要 約                   | 書   |
|  |   | を交付し   |  |   |  |  |   | NA 185 32       | » ¬ ==                  |     |
|  | │□ □ 頭 説 明  | 月 1 開 示 さ 1  | した診  | <i>7</i> 161 € 12 12 13 13 13 13 13 13 13 13 13 13 13 13 13             | t (2) M 3  | 谷につ  | いて担                                       | 当医が             |                         | .(* |
|  |   |  |  | W HO 24   |  |  |   |                 | · 1 項                   | ,   |
| 2 两约太什,口商部明之   |   | 説明しま   | きす。  |   |  |  |   |                 |                         |     |
|  |   | 説明しま   | きす。  |   | 検査   |  | □画  | 像記録             |                         |     |
| 希望する記録の種類  | □その他  | 説明しま 日 看護  | きす。<br>記録  |   | 検査:  | 2 録  | □画  |                 |                         |     |
| 希望する記録の種類<br>4. 診療科・受診   | □ その他 診療科   | 説明しま   | まる。記録  |   | 検査:  | 2 绿  |   | 像 記 釒           | <b>录</b><br>)           |     |
| 希望する記録の種類  | □ その他<br>診療科  | 説明しま   | <ul><li>(す。)</li><li>記録</li><li>受 記録</li></ul>                       | □<br>② <b>j</b>   | 検 査 ii<br>ij li  | 日 録 目 ~  | 年   | 像記録             | <b>录</b><br>)<br>日      |     |
| 希望する記録の種類<br>4. 診療科・受診<br>期間・入外区分  | □ その他<br>診療科  | 説明しま 一看護(  | <ul><li>ます。</li><li>記録</li><li>受 ま</li><li>引外来</li><li>コ外来</li></ul> |   | 検 査 i  | 2 绿  |   | 像 記 章<br>月<br>月 | <b>录</b><br>)<br>日<br>日 |     |
| 希望する記録の種類 4. 診療科・受診 期間・入外区分  ( 要約交付・口頭説明を)   | □ その他<br>診療科  | 説明しま   | <ul><li>ます。</li><li>記録</li><li>受 ま</li><li>引外来</li><li>コ外来</li></ul> | □<br>② <b>j</b>   | 検 査 ii<br>ij li  | 日 録 目 ~  | 年   | 像記録             | <b>录</b><br>)<br>日      |     |
| 希望する記録の種類  4. 診療科・受診期間・入外区分  要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご記入 ください。   | □ その他<br>診療科  | 説明しま 一看護(  | <ul><li>ます。</li><li>記録</li><li>受 ま</li><li>引外来</li><li>コ外来</li></ul> | □<br>多  | 検 査 i  | 日 <b>録</b><br>日 ~<br>日 ~   | 年年  | 像 記 章<br>月<br>月 | <b>录</b><br>)<br>日<br>日 |     |
| 希望する記録の種類  4. 診療科・受診期間・入外区分  要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご記入 ください。   | □ その他<br>診療科  | 説明しま 一看護(  | <ul><li>ます。</li><li>記録</li><li>受 ま</li><li>引外来</li><li>コ外来</li></ul> | □<br>多  | 検 査 i  | 日 <b>録</b><br>日 ~<br>日 ~   | 年年  | 像 記 章<br>月<br>月 | <b>录</b><br>)<br>日<br>日 |     |
| 希望する記録の種類  4. 診療科・受診期間・入外区分  要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご記入 ください。   | □ その他<br>診療科  | 説明しま 一看護( 一入院 日 一入院 日 一入院 日  | <ul><li>ます。</li><li>記録</li><li>受外来</li><li>]外来</li><li>]外来</li></ul> | □<br>年<br>年   | 検 査 ii   | 日<br>日<br>日<br>日<br>〇  | 年年  | 像記録月月月月月        | <b>耐</b><br>)<br>日<br>日 | )   |
| 希望する記録の種類  4. 診療科・受診期間・入外区分  要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご記入 ください。  5. 希望する説明内容  | □ その他<br>診療科<br>ラ<br>ラ<br>p<br>申請者本人  | 説明しま 一看護( 一入院 日 一入院 日 一入院 日  | <ul><li>ます。</li><li>記録</li><li>受 来</li><li></li></ul>                | <b>○</b>  | <b>検査</b>  | <b>日 録</b> 日 ~ 日 ~ 日 ~   | 年年  | <b>像記録</b> 月月月  | <b>耐</b><br>)<br>日<br>日 | )   |
| 希望する記録の種類  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。  5. 希望する説明内容  事務局処理欄                                      | □ その他<br>診療科<br>ラ   | 説明しまします。 一月 神 一八院 日 一八院 日 一八院 日 中 一八 院 日 | <ul><li>す。</li><li>記録</li><li>受 来</li><li></li></ul>                 | <b>○</b>  | <b>検査</b>  | 日<br>日<br>日<br>日<br>日<br>一<br>日<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一 | 年年年                                       | <b>像記</b> 月月月月  | <b>耐</b><br>)<br>日<br>日 | )   |
| 希望する記録の種類  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。  5. 希望する説明内容  事務局処理欄                                      | □ その他<br>診療科<br>ラ<br>ラ<br>p<br>申請者本人  | 説明しま 一看護( 一入院 日  | <ul><li>す。</li><li>記録</li><li>受 来</li><li></li></ul>                 | <b>○</b>  | <b>検査</b>  | 日<br>日<br>日<br>日<br>日<br>一<br>日<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一 | 年<br>年<br>年<br>・<br>年<br>・<br>そ<br>で<br>そ | <b>像記</b> 月月月月  | <b>耐</b><br>)<br>日<br>日 | )   |
| 希望する記録の種類  4. 診療科・受診期間・入外区分  要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご記入 ください。  5. 希望する説明内容  事務局処理欄 受付担当者 ()                               | □ その他<br>診療科<br>ラ<br>ラ<br>p<br>申請者本人  | 説明しま   | <ul><li>ます。</li><li>記録</li><li>受外来</li><li>コ外来</li></ul>             | <b>○</b>  | 検査 情 月 月 月 月 月 所 の 記   | 日<br>日<br>日<br>日<br>日<br>一<br>日<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一 | 年<br>年<br>年<br>・<br>年<br>・<br>そ<br>で<br>そ | <b>像記</b> 月月月月  | <b>耐</b><br>)<br>日<br>日 | )   |
| 希望する記録の種類 4. 診療科・受診期間・入外区分 要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご記入 ください。 5. 希望する説明内容 事務局処理欄 受付担当者()                                    | □ その他<br>診療科<br>ラ<br>ラ<br>p<br>申請者本人  | 説明しま 一看護( 一入院 日  | <ul><li>す。</li><li>記録</li><li>受 来</li><li></li></ul>                 | <b>○</b>  | <b>検査</b>  | 日<br>日<br>日<br>日<br>日<br>一<br>日<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一<br>一 | 年<br>年<br>年<br>・<br>年<br>・<br>そ<br>で<br>そ | <b>像記</b> 月月月月  | <b>耐</b><br>)<br>日<br>日 | )   |
| 希望する記録の種類  4. 診療科・受診 期間・入外区分 要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご記入 ください。  5. 希望する説明内容 事務局処理欄 受付担当者 ( )  備考 ■回答内容                     | □ その他<br>診療科<br>う<br>う<br>申請者本人<br>資格確認欄  | 説明しま   | <ul><li>す。</li><li>記録</li><li>受外外来</li><li>月</li></ul>               | <b>今</b>  | <b>検査</b>  | <b>日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 </b>  | 年<br>年<br>年<br>※験証・る<br>票・その他(            | <b>像記録</b> 月月月月 | <b>耐</b><br>)<br>日<br>日 | )   |
| 希望する記録の種類  4. 診療科・受診 期間・入外区分 要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご記入 ください。  5. 希望する説明内容 事務局処理欄 受付担当者 ( )  備考 ■回答内容 開示を決定した日時           | □ その他 診療科 す < | 説明しま   | で 記録 と で で で で で で で で で で で で で で で で で で                           | <b>今                                    </b>                            | <b>検査</b>  | <b>日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 </b>  | 年<br>年<br>年<br>※験証・る<br>票・その他(            | <b>像記録</b> 月月月月 | <b>財</b> 日 日 日          | )   |
| 希望する記録の種類  4. 診療科・受診 期間・入外区分 要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご配入 ください。  5. 希望する説明内容 事務局処理欄 受付担当者())  (備考) ■回答内容 開示を決定した日時 要約交付もしくは | □ その他 診療 科 ・ 方 申請者本人 資格確認欄 □ 上記申請 □ 上記申請  | 説明しま<br>(  | で 記録 と で で で で で で で で で で で で で で で で で で                           | <b>今                                    </b>                            | <b>検査</b>  | <b>日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 </b>  | 年<br>年<br>年<br>※験証・る<br>票・その他(            | <b>像記録</b> 月月月月 | <b>財</b> 日 日 日          | )   |
| 希望する記録の種類  4. 診療科・受診 期間・入外区分 要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご配入 ください。  5. 希望する説明内容 事務局処理欄 受付担当者 ( )  備考 ■回答内容 開示を決定した日時 要約交付もして否  | □ その他 診療科 す < | 説明しま<br>(  | で 記録 と で で で で で で で で で で で で で で で で で で                           | <b>今                                    </b>                            | <b>検査</b>  | <b>日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 </b>  | 年<br>年<br>年<br>※験証・る<br>票・その他(            | <b>像記録</b> 月月月月 | <b>財</b> 日 日 日          | )   |
| 4. 診療科・受診 期間・入外区分 (要約交付・ロ頭説明を 希望する範囲をご配入 ください。  5. 希望する説明内容 事務局処理欄 受付担当者 ( ) (備考 ●回答内容 開示を決定した日時 要約交付もしくる 要約書交付不可もしく | □ その他 診療 科 申請者本人 資格確認欄 □上記申請 □上記申請 (理由) 〒162-86   | 説明 1       説明 2       ( )  | <ul><li>(と 区</li></ul>   | <b>年年年</b> 年 年 年 年 年 年 年 年 年 年 年 1 - 21 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 | <b>検査</b>  | <b>日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 </b>  | 年<br>年<br>年<br>※験証・る<br>票・その他(            | <b>像記録</b> 月月月月 | <b>財</b> 日 日 日          | )   |
| 希望する記録の種類 4. 診療科・受診 期間・入外頭説明を 希望する範囲をご配入 ください。 5. 希望する説明内容 事務局処理欄 受付担当者 ( )  (                                       | □ その他 診療 科 申請者本人 資格確認欄 □ 上記申請 □ 上記申請 □ 工62-86 国立健康  | 説明しま       ( )   | <ul><li>(と 区構</li></ul>  | 年年年年   年年年   年年   年年   年年   年   年   年                                   | 検     月     月     月     存     下< | <b>日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 </b>  | 年<br>年<br>年<br>※験証・る<br>票・その他(            | <b>像記録</b> 月月月月 | <b>財</b> 日 日 日          | )   |