

診療記録開示申込書

(保険会社・弁護士事務所等)

医療法人社団 三喜会
横浜新緑総合病院 院長 殿

私は、以下のとおり診療記録の開示を申請いたします。

申込日 年 月 日

| | | |
|--|--|--|
| 開示を希望する 患者氏名等 | ID 番号 | |
| | フリガナ | |
| | 患者氏名 | |
| | 住 所 | |
| | 生年月日 | |
| 開示を希望する 記録等 (該当するものの 番号を○で囲む) | 診察日・部位等 | |
| | 1 診療記録の全て 2 診療記録 <input type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他記録 3 画像 (CD-R・フィルム) | |

請求者(自署) 会社名 _____

氏名 _____ (印)

住 所 _____

電 話 番 号 _____

受領確認

受領日 年 月 日

受領者氏名 _____

【病院記入欄】

| | | | |
|-------|-------|---------|-----|
| 院 長 | | | |
| 委 員 長 | 主 治 医 | 診 療 情 報 | 受 領 |
| | | | |

| | |
|-----|---|
| 代理人 | <input type="radio"/> 請求者の本人確認 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバー(目視・写) <input type="checkbox"/> 名刺 <input type="checkbox"/> 他() <input type="radio"/> 同意書・委任状 <input type="radio"/> 関係性の証明(住民票、戸籍謄本) |
|-----|---|

診療記録開示申込書
(保険会社・弁護士事務所等)

記入例

医療法人社団 三喜会
横浜新緑総合病院 院長 殿

私は、以下のとおり診療記録の開示を申請いたします。

申込日 ○年○月○日

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------|
| 開示を希望する 患者氏名等 | ID番号 | 00000001 | ID番号が不明な場合は 空欄で構いません。 |
| | フリガナ | ヨコハマ ミドリ | |
| | 患者氏名 | 横浜 緑 | |
| | 住 所 | 神奈川県横浜市緑区十日市場町○○-○ | |
| | 生年月日 | 1991年2月1日 | |
| 開示を希望する 記録等 (該当するものの 番号を○で囲む) | 1 診療記録の全て | ○年○月○日以降全ての医師 記録および頭部の画像 | |
| | 2 診療記録 <input checked="" type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他記録 | | |
| | 3 画像 (CD-R・フィルム) | 必要な診療記録の期間 および部位等、詳細にご記 入ください。 | |

請求者(自署) 会社名 新緑損保株式会社

氏名 新緑 太郎 (印)

ご捺印願います。

住 所 神奈川県横浜市緑区十日市場町1726-7

電 話 番 号 045-984-2400

受領確認

受領日 ○年 ○月 ○日

受領者氏名 新緑 太郎

二重線より以下は申込時にご記入の必要はございません。
※お受け取りの際にご記入いただきます。

【病院記入欄】

| | | | | |
|-------|-------|---------|-----|--|
| 院 長 | | | | |
| 委 員 長 | 主 治 医 | 診 療 情 報 | 受 領 | |
| | | | | |

代理人 ○請求者の本人確認
 社員証 免許証 マイナンバー(目視・写)
 名刺 他()
○同意書・委任状
○関係性の証明(住民票、戸籍謄本)