

診療記録開示申込書

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〇〇-〇	
	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)	診察日・部位等		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。
	1 診療記録の全て	〇年〇月〇日以降全ての医師	
	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	記録および頭部の画像	
	3 画像 (CD-R・フィルム)		

請求者(自署) 氏名 新緑 太郎 (印)

ご捺印願います。

患者との関係 本人
 本人以外
 親族(続柄 長男) 法定相続人(続柄)
 法定代理人 任意後見人
 患者本人から代理権が与えられた代理人(関係)

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

患者住所と同じであれば、同上で構いません。

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

【病院記入欄】

委員長	主治医

受領時確認(要・不要)	診療情報
・本人 <input type="radio"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバー(目視・写) <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 他()	申 込
・代理人 <input type="radio"/> 患者の本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバー(目視・写) <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 他() <input type="radio"/> 代理人の本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバー(目視・写) <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 他() <input type="radio"/> 委任状 <input type="radio"/> 関係性の証明(住民票, 戸籍謄本)	受 領