

必要書類について

診療記録開示の申請、提供当日に必要な書類についてのご案内です。

■ 患者様本人（18歳以上）より申請の場合

申請時

1. 診療記録開示申込書

※ 印鑑は、認印でご捺印の程お願いいたします。

なお、印鑑証明書を本人確認資料としてご提出される場合は、
印鑑証明書と同じ印鑑でご捺印ください。

2. 患者様本人であることを証明するもの

※ 1つ提出でよいものと2つ提出が必要なものがあります。

ア) 1つで良いもの

- ・運転免許証
- ・運転経歴証明書
- ・旅券（パスポート）
- ・マイナンバーカード（通知カード不可）
- ・住民基本台帳カード（顔写真付）

イ) 2つ必要なもの 【A】 + 【A】 または 【A】 + 【B】（※ 【B】 + 【B】 は不可）

| 【A】 | 【B】 |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">・健康保険証・共済組合員証・年金手帳・申込書に捺印した印鑑の印鑑証明書 (6か月以内に発行したもの) | <ul style="list-style-type: none">・住民票（6か月以内に発行したもの）・会社の身分証明書（顔写真付）・学生証（顔写真付）・公的機関が発行した資格証明書 (顔写真付) |

提供当日

1. 診療記録開示についての回答書

2. 患者様本人であることを証明するもの

※ 1つ提出でよいものと2つ提出が必要なものがあります。

なお、申請時にご提出されたものをお持ちください。

申請時に2つ提出した場合は、両方お持ちください。

ア) 1つで良いもの

- ・運転免許証
- ・運転経歴証明書
- ・旅券（パスポート）
- ・マイナンバーカード（通知カード不可）
- ・住民基本台帳カード（顔写真付）

イ) 2つ必要なもの 【A】 + 【A】 または 【A】 + 【B】（※ 【B】 + 【B】 は不可）

| 【A】 | 【B】 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・健康保険証 ・共済組合員証 ・年金手帳 ・申込書に捺印した印鑑の印鑑証明書 (6か月以内に発行したもの) | <ul style="list-style-type: none"> ・住民票（6か月以内に発行したもの） ・会社の身分証明書（顔写真付） ・学生証（顔写真付） ・公的機関が発行した資格証明書 (顔写真付) |

3. 印鑑（認印）

※ 申込書に捺印した印鑑をお持ちください。

なお、申請時に印鑑証明書を本人確認資料としてご提出された場合は、

印鑑証明書と同じ印鑑をお持ちください。

注意

- * 申請者が患者様本人（18歳以上）でない場合は、
必要書類が異なりますので、お手数ですが、お問合せください。
- * 証明書等は、必ず原本をお持ちください。（複写不可）
また、マイナンバーの記載が無いものに限ります。
- * 印鑑証明書・住民票は発行から6か月以内のものをお持ちください。
- * 必要書類が揃っていない場合は、申請および提供ができません。

診療記録開示申込書

記入例【患者本人申請の場合】
黄色箇所をご記入ください。

患者番号 : 診察券の『登録番号』を記入

フリガナ : カンジャ ホンニン

患者氏名 : 患者本人

印

患者住所 : 現住所を記入

大正 昭和 平成
令和 西暦

生年月日 : 1900 年 00 月 00 日

電話番号 : 00 - 000 - 000

連絡先 : 00 - 000 - 000

※日中連絡可能な電話番号の記入をお願いいたします。(携帯電話可)

診療記録開示【複写】の申請範囲

全部 ※外来診療録、入院診療録、放射線画像（レントゲン・CT・MRI 等）の全てが含まれます。

部分 ※具体的な期間もしくは必要な帳票が限定されている場合は（ ）内にご記入ください。

外来診療録（2018年1月1日～2020年7月31日までの全診療科分）

入院診療録（2019年3月頃の入院から退院までの全て）

放射線画像（全て）

その他の

申請理由 ※差し支えなければご記入ください。未記入でのご提出も可能です。

（自分の病状を知りたいため。）

申請者

「診療記録開示のご案内」を十分理解した上で

上記の提供を申請いたします。

申込書記入日 2020 年 00 月 00 日

フリガナ : カンジャ ホンニン

申請者氏名 : 患者本人

印

※患者様ご本人が申請者の場合、以下申請者住所、電話番号、連絡先の記入は不要です。

〒

申請者住所 :

電話番号 : _____

連絡先 : _____

※日中連絡可能な電話番号の記入をお願いいたします。(携帯電話可)

申請者と患者様との関係 :

① 本人

② 親族（配偶者・子・父・母。但し、これらの方が死亡されている場合は、当院が認める親族の方。）

③ 法定代理人（成年被後見人・未成年者等。但し、13歳以上の未成年の方はご本人の同意も必要。）

④ その他（）

※②・③・④は、別添えの委任状が必要な場合があります。

※但し、本人のプライバシー保護のため、開示しかねる場合があります。

※申込時は上記太枠内のみ、ご記入をお願いいたします。

受領者署名欄

申請の通り、診療記録開示の資料を受領しました。

年 月 日

受領者氏名 : _____

印

※各書類の交付については、別途費用を請求させていただきます。

病院使用欄

| 総合サービス室担当 | 医事課担当 | 診療情報管理課担当 |
|-----------|-------|-----------|
| 日付 | サイン | 日付 |

| 申込時：本人と確認したもの（1つで可） | 申込時：本人と確認したもの（2つ必要） |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 免許証 | <input type="checkbox"/> パスポート |
| <input type="checkbox"/> マイナンバーカード | <input type="checkbox"/> 保険証 |
| <input type="checkbox"/> 住基カード（顔写真付） | <input type="checkbox"/> 共済組合員証 |
| | <input type="checkbox"/> 年金手帳 |
| | <input type="checkbox"/> 印鑑証明書（原本） |
| | <input type="checkbox"/> その他〔 〕 |