

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。

■ 患者様親族より申請の場合

申請時

1. 診療記録開示申込書

- ※ 申請者の印鑑は、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. 申請者が患者様代理人であることを証明するもの

- ※ 患者様の年齢によって必要書類が異なります。

患者様が成人の場合

- ・委任状 (3か月以内に記入したもの)
- ・委任状に押されている患者様本人の印鑑の印鑑証明書
(6か月以内に発行したもの)

患者様が未成年者の場合

- ・患者様本人と申請者の家族関係が証明できる 戸籍謄本 または 住民票
(6か月以内に発行したもの)
- ・委任状 ※ 患者様が **13歳以上**の場合、ご提出ください。
(3か月以内に記入したもの)

3. 申請者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】

- ・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)

【B】

- ・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. 申請者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、両方をお持ちください。

ア) 1つで良いもの
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 申込書に押印した印鑑の印鑑証明書 (<u>6か月以内</u>に発行したもの) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民票 (<u>6か月以内</u>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. 申請者の印鑑 (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
- * 申請者が患者様親族でない場合は、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せん。
 - * 委任状は記入から 3か月以内のものをお持ちください。
 - * 印鑑証明書・戸籍謄本・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

※ 登録番号がご不明の場合は、
申込時にお申し付けください。

記入例【患者親族申請の場合】
黄色箇所をご記入ください。

患者番号：患者様の診察券の『登録番号』を記入

フリガナ：カンジャ シメイ

患者氏名：患者氏名

印

患者住所：患者様の現住所を記入

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（ ）

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。

（患者の診療内容を知りたいため。）

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：シンセイシャ ホンニン

申請者氏名：申請者本人

印

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

申請者住所：申請者様の現住所を記入

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)

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	サイン	日付	サイン

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"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 共済組合員証
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード		<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書（原本）
<input type="checkbox"/> 住基カード（顔写真付）		<input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕	