

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。

■ 患者様遺族または縁故者より申請の場合

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. 患者様本人と申請者の家族関係が証明できるもの（下記より1つ）

- ・ 戸籍謄本（6か月以内に発行したもの）
- ・ 住民票（6か月以内に発行したもの）

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】	【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. 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. 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
- * 申請者が患者様遺族または縁故者でない場合は、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。
 - * 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【患者遺族申請の場合】
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：

大正 昭和 平成
令和 (西暦)

生年月日：1900 年 00 月 00 日

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)

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〔 〕	