

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。

■ 患者様本人の任意代理人より申請の場合

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. 委任状 (3か月以内に記入したもの)
3. 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)
4. 申請者本人であることを証明するもの
 - ※ ア)・イ) よりそれぞれ1つ、計2つご提出ください。
 - ただし、弁護士会発行の身分証明書と印鑑証明書を合わせてご提出される場合は、イ) は不要です。

ア) 必ずご提出いただくもの (下記より1つ)

- ・ 弁護士会発行の身分証明書
- ・ 弁護士会発行の印鑑証明書 (6か月以内に発行したもの)
- ・ 保険会社の身分証明書
- ・ 保険委託調査会社の身分証明書

イ) 下記のうち、もう1つご提出ください。

- ・ 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)
- ・ 健康保険証
- ・ 共済組合員証
- ・ 年金手帳

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
 - ※ ア)・イ) よりそれぞれ1つ、計2つお持ちください。
 - ただし、弁護士会発行の身分証明書と印鑑証明書を合わせてご提出された場合は、イ) は不要です。
 - なお、申請時にご提出されたものをお持ちください。

ア) 必ずご提出いただくもの (下記より1つ)

- ・ 弁護士会発行の身分証明書
- ・ 弁護士会発行の印鑑証明書 (6か月以内に発行したもの)
- ・ 保険会社の身分証明書
- ・ 保険委託調査会社の身分証明書

イ) 下記のうち、もう1つご提出ください。

- ・ 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)
- ・ 健康保険証
- ・ 共済組合員証
- ・ 年金手帳

3. 申請者の印鑑 (認印)

- ※ 申請時にご使用したものをお持ちください。
- なお、申請時に本人確認資料として印鑑証明書を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
- * 申請者が患者様任意代理人でない場合は、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。
 - * 弁護士から法律事務所事務員へ委任される場合は、弁護士の申請時必要書類に加えて「弁護士から事務員への委任状 (3か月以内に記入したもの)・「事務員の在職確認書類 (社員証等)」・「事務員の本人確認書類 (運転免許証等)」の計3点が追加で必要となります。
 - 提供当日は、「回答書」・「印鑑」・申請時提出した「事務員の在職確認書類」・「事務員の本人確認書類」の計4点をお持ちください。
 - * 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【任意代理人申請の場合】
黄色箇所をご記入ください。

フリガナ： カンジャ シメイ
患者氏名： 患者氏名 印

患者番号： 患者様の診察券の『登録番号』を記入

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（ 代理人弁護士 ）

※ 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		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）	
日付	サイン	日付	サイン	日付	サイン				
						<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〔 _____ 〕	