

# 診療記録開示申込書

北里大学北里研究所病院 病院長 殿

フリガナ :  
患者番号 : \_\_\_\_\_ 患者氏名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : 大正・昭和・平成・令和・西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 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（ \_\_\_\_\_ ）  
 入院診療録（ \_\_\_\_\_ ）  
 放射線画像（ \_\_\_\_\_ ）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

※漢方鍼灸治療センター（旧 東洋医学総合研究所）の診療記録開示をご希望の方は別途お申し出ください。

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。

（ \_\_\_\_\_ ）

## 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 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ :  
申請者氏名 : \_\_\_\_\_ 印

〒 \_\_\_\_\_

申請者住所 : \_\_\_\_\_

連絡先① : \_\_\_\_\_ 連絡先② : \_\_\_\_\_

※日中連絡可能な電話番号のご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		申込時：本人と確認したもの（1点可）		申込時：本人と確認したもの（2点必要）	
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"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 年金手帳
						<input type="checkbox"/> マイナンバーカード		<input type="checkbox"/> 印鑑証明書（原本）	
						<input type="checkbox"/> 在留カード（顔写真付）		<input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	