

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 》

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 シメイ
患者氏名： 患者 氏名

生年月日： 大正・昭和・平成・令和 (西暦) 1900 年 00 月 00 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（ 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（ ）

※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： 2020 年 00 月 00 日

フリガナ： シンセイシャ ホニン
申請者氏名： 申請者 本人

印

申請者住所： 申請者様の現住所（回答書送付先）を記入

連絡先①： 000 - 000 - 000 連絡先②： 000 - 000 - 000

※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点で可）		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〔 _____ 〕	