

[記入例]

診療記録開示申込書

北里大学北里研究所病院 病院長 殿

※申請時は、太枠内のみご記入ください。

「診療記録開示のご案内」を十分理解した上で以下の提供を申請いたします。

患者番号	※ご不明の場合は 申請時にお申し付けください。	フリガナ	ホッケン タロウ
	00000001	患者氏名	北研 太郎
生年月日	大正・昭和・平成・令和・ 西暦 19XX 年 1 月 1 日		
診療記録開示【複写】の申請範囲			
<input type="checkbox"/> 全部 … 外来カルテ、入院カルテ、放射線画像(レントゲン・CT・MRI等)の全てが含まれます。			
<input checked="" type="checkbox"/> 部分 … 具体的な期間が限定されている場合、以下へご記入ください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 外来カルテ : 対象期間 2023 年 1 月 1 日 ~ 2026 年 3 月 31 日			
<input checked="" type="checkbox"/> 入院カルテ : 対象期間 2024 年 1 月 1 日 ~ 2025 年 3 月 31 日			
<input checked="" type="checkbox"/> 放射線画像 : 対象期間 2023 年 1 月 1 日 ~ 2026 年 3 月 31 日			
診療記録不存在証明書 … 診療記録が廃棄されている場合、診療記録不存在証明書の発行を (発行料1,100円/通) <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
記入日	2026 年 5 月 1 日	連絡先	
フリガナ	ホッケン タロウ	※日中連絡可能な電話番号をご記入ください。	
申請者氏名	北研 太郎 (印)	①	080 - XXXX - XXXX
		②	03 - XXXX - XXXX
申請者現住所	〒 XXX - XXXX 東京都〇区1-2-3		
申請者と患者さまの関係			
<input checked="" type="checkbox"/> ① 本人			
<input type="checkbox"/> ② 親族(配偶者・子・父・母等。ただし、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。)			
<input type="checkbox"/> ③ 法定代理人(成年被後見人・未成年者等。ただし、13歳以上の未成年者の場合、ご本人の同意も必要。)			
<input type="checkbox"/> 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。 ※ただし、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。			
申請理由 ※差し替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。			

受領者署名欄
申請のとおり、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		申請時:本人確認書類(1つで可)	申請時:本人確認書類(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"/> 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()