



# 診療記録開示申込書

記入例

医療法人社団 三喜会  
横浜新緑総合病院 院長 殿

私は、以下のとおり診療記録の開示を申請いたします。

申込日 ○年○月○日

開示を希望する 患者氏名等	ID 番号	00000001	ID番号が不明な場合は 空欄で構いません。
	フリガナ	ヨコハマ ミドリ	
	患者氏名	横浜 緑	
	住 所	神奈川県横浜市緑区十日市場町○○-○	
	生年月日	1991年2月1日	
開示を希望する 記録等  (該当するものの 番号を○で囲む)	診察日・部位等		必要な診療記録の期間 および部位等、詳細にご記 入ください。
	1 診療記録の全て	○年○月○日以降全ての医師	
	2 診療記録	記録および頭部の画像	
	<input checked="" type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他記録		
3 画像 (CD-R・フィルム)			

請求者(自署) 氏名 新緑 太郎

印

ご捺印願います。

患者との関係

- 本人  
 本人以外 (患者との関係: 長男)  
 親族  法定相続人  
 法定代理人  任意後見人  
 患者本人から代理権が与えられた代理人

住 所

神奈川県横浜市緑区十日市場町1726-7

患者住所と同じであれば、同上で構いません。

電 話 番 号

045-984-2400

## 受領確認

受領日

○年 ○月 ○日

受領者氏名

新緑 太郎

二重線より以下は申込時にご記入の必要はございません。  
※お受け取りの際にご記入いただきます。

【病院記入欄】

身分証確認⇒ 本人

- 保険証  免許証  
 他( )

院 長	主 治 医	診療情報	受領確認

・代理人

- 1  保険証  免許証  
 他( )

2  委任状

3  関係性の証明(住民票,戸籍謄本)