

診療記録開示申込書
(保険会社・弁護士事務所等)

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				
	フリガナ				
	患者氏名				
	住 所				
	生年月日				
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		
	1 診療記録の全て				
	2 診療記録				
	☐ 医師記録				
	☐ 看護記録				
	☐ 検査記録				
	☐ その他記録				
3 画像 (CD-R ・ フィルム)					

請求者(自署) 会社名 _____

氏名 _____ (印)

住 所 _____

電 話 番 号 _____

受 領 確 認

受領日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受領者氏名 _____

【病院記入欄】

院 長			
委 員 長	承 認 医	診 療 情 報	受 領

代理人	○請求者の本人確認
	☐ 社員証 ☐ 免許証 ☐ マイナンバー(目視・写)
	☐ 名刺 ☐ 他()
	○同意書・委任状
	○関係性の証明(住民票,戸籍謄本)

診療記録開示申込書
(保険会社・弁護士事務所等)

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〇〇-〇	
	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)	1 診療記録の全て 2 診療記録 3 画像 (CD-R・フィルム)		診察日・部位等 〇年〇月〇日以降全ての医師 記録および頭部の画像 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。
	☒ 医師記録 ☐ 看護記録 ☐ 検査記録 ☐ その他記録		

請求者(自署) 会社名 新緑損保株式会社

氏名 新緑 太郎 印

ご捺印願います。

住 所 神奈川県横浜市緑区十日市場町1726-7

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】

院 長			
委 員 長	承認 医	診療 情報	受 領

代理人 ○請求者の本人確認
☐ 社員証 ☐ 免許証 ☐ マイナンバー(目視・写)
☐ 名刺 ☐ 他()
○同意書・委任状
○関係性の証明(住民票、戸籍謄本)