

診療記録開示申込書

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) 氏名 _____ (印)

患者との関係 ☐ 本人
☐ 本人以外
☐ 親族(続柄 _____) ☐ 法定相続人(続柄 _____)
☐ 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(関係性 _____)

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】

委 員 長	承 認 医

受領時確認(要 ・ 不要)	診 療 情 報
・本人 ☐ 本人確認 ☐ マイナンバー(目視・写) ☐ 免許証 ☐ 保険証 ☐ 他(_____)	申 込
・代理人 ☐ 患者の本人確認 ☐ マイナンバー(目視・写) ☐ 免許証 ☐ 保険証 ☐ 他(_____) ☐ 代理人の本人確認 ☐ マイナンバー(目視・写) ☐ 免許証 ☐ 保険証 ☐ 他(_____) ☐ 委任状 ☐ 関係性の証明(住民票,戸籍謄本)	受 領

診療記録開示申込書

医療法人社団 三喜会
横浜新緑総合病院 院長 殿

記入例

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)	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	〇年〇月〇日以降全ての医師	
	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)	記録および頭部の画像	

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

☒

親族(続柄 長男)

☐

法定相続人(続柄)

☐

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(関係性)

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

患者住所と同じであれば、
同上で構いません。

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】

受領時確認(要 ・ 不要)

・本人

☐ 本人確認

☐ マイナンバー(目視・写) ☐ 免許証 ☐ 保険証 ☐ 他()

・代理人

☐ 患者の本人確認

☐ マイナンバー(目視・写) ☐ 免許証 ☐ 保険証 ☐ 他()

☐ 代理人の本人確認

☐ マイナンバー(目視・写) ☐ 免許証 ☐ 保険証 ☐ 他()

☐ 委任状

☐ 関係性の証明(住民票、戸籍謄本)

申 込

受 領

委 員 長 承 認 医	