

診療記録開示申出書

令和 年 月 日

病院長(地域診療センター長)

申出者 氏名

住所

(ふりがな)

氏名

電話番号 ()

次のとおり、診療記録の開示を申出します。なお、開示にかかる手数料として、所定の料金を支払うことを承諾いたします。

開示を受けたい内容	(1) 対象 (ふりがな) _____ 生年月日 _____ 患者番号 (診察券番号) _____ 氏名 _____ 大正 _____ 昭和 _____ 平成 _____ 令和 _____		
	(2) 診療期間 (_____ 科 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日) (_____ 科 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)		
	(3) 診療記録の種類※ (全て ・ 診療録 ・ 看護記録 ・ 検査結果 ・ エックス線写真・画像 ・ その他【 _____ 】)		
申出者の診療記録以外の場合 注2	対象者の状況※ ・未成年者(15歳未満・15歳以上) 15歳以上の未成年者本人同意署名欄 _____ 注4 ・成年被後見人 ・本人死亡 ・その他 【 _____ 】		
	申出者の関係※ 該当する番号の提出書類を提出願います	提出書類	①資格を証明する書類(戸籍謄本・登記事項証明書等) ②委任状(印鑑証明書添付) ③戸籍謄本、除籍謄本(注6)、住民票等(注7) ④登記事項証明書等、戸籍謄本、除籍謄本(注6)、住民票等(注7) ⑤戸籍謄本、除籍謄本(注6)、委任状(印鑑証明書添付)、住民票等(注7)
	対象者の住所 _____	対象者の連絡先 _____	
希望する開示の方法※	(1) 閲覧 (2) 要約書交付 (3) 診療記録の写しの交付 (4) その他 _____		
開示日に同席する方の氏名 _____	本人との関係 _____		

注1 ※の欄は、該当するものを○で囲んでください。

注2 この欄は本人以外の方が診療記録開示を申出する場合に記入し、提出書類に記載している書類を添えて提出してください。

注3 申出の際には、申出者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証、パスポート(旅券)、個人番号カード、国民年金手帳など)を提出、又は提示してください。

注4 申出者の診療記録以外を開示する場合で、開示対象者が15歳以上の未成年者の場合は、未成年者本人同意署名欄に、本人が自筆で署名してください。

注5 開示にかかる手数料として、本申出書の受理ごとに3,300円(税込)を徴収いたします。なお、当該手数料は、診療記録開示審査会に諮問した結果、不開示又は部分開示になった場合においても返金はいたしません。

また、診療記録等の写しでの交付を希望される場合は、別途、複写費用が発生いたします。

注6 除籍謄本は、患者本人が死亡したことが病院等で確認できない場合に提出していただきます。

注7 住民票等は、特別縁故者が申出する場合に提出していただきますが、それ以外の方は提出不要です。

【病院等開示担当記入欄】

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート(旅券) <input type="checkbox"/> 個人番号カード	収 受 印
	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
確認した記号番号等	_____	担 当
備 考 開示希望日時など	_____	