

診療記録開示申込書

北里大学北里研究所病院 病院長 殿

フリガナ :	フリガナ :
患者番号 : _____	患者氏名 : _____
生年月日 : 大正・昭和・平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
診療記録開示【複写】の申請範囲	
<input type="checkbox"/> 全部 ※外来診療録、入院診療録、放射線画像（レントゲン・CT・MRI 等）の全てが含まれます。	
<input type="checkbox"/> 部分 ※具体的な期間もしくは必要な帳票が限定されている場合は（ ）内にご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 外来診療録（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 入院診療録（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 放射線画像（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
※漢方鍼灸治療センター（旧 東洋医学総合研究所）の診療記録開示をご希望の方は別途お申し出ください。	
申請理由 ※差し支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。	
（ _____ ）	
申請者	
「診療記録開示のご案内」を十分理解した上で 上記の提供を申請いたします。	
フリガナ :	申込書記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
申請者氏名 : _____ 印	
_____ 印	
申請者住所 : _____	
連絡先① : _____	連絡先② : _____
※日中連絡可能な電話番号のご記入をお願いいたします。（携帯電話可）	
申請者と患者様との関係 :	
<input type="checkbox"/> ① 本人	
<input type="checkbox"/> ② 親族（配偶者・子・父・母。但し、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。但し、13歳以上の未成年の方は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。	
※ 但し、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。	

※申込時は上記太枠内のみ、ご記入をお願いいたします。

受領者署名欄
申請の通り、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

※各書類の交付については、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		申込時：本人と確認したもの（1つで可）		申込時：本人と確認したもの（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"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 共済組合員証
						<input type="checkbox"/> マイナンバーカード		<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書（原本）
						<input type="checkbox"/> 住基カード（顔写真付）		<input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕	