

診療記録等の開示申込書

医療法人メディカルパーク 野村病院 病院長殿

申込年月日 令和 年 月 日

1. 診療記録等の開示を求める患者情報

ふりがな 患者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	

2. 開示を請求する期間・内容（必要事項に○または記載をお願いします）

開示請求期間	① 年 月 日 ～ 年 月 日 ② 当院に存在する全ての期間				
外来／入院	外来診療記録 / 入院診療記録 / どちらも				
診療記録の 種類	① 全ての記録				
	② 職種別記録	医師記録・看護記録・その他（ ）			
	③ 検査結果	血液検査・尿 検 査・その他（ ）			
	④ 画像（CD-R）	エックス線・CT・MRI・その他（ ）			
	⑤その他	（ ）			

上記の通り診療記録等の開示を申込みます。

3. 開示請求者 ※患者本人以外による請求の場合、患者本人の意思が確認出来る委任状等をご提出ください。

ふりがな 請求者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	
住所					
電話番号	※連絡の取れる番号をご記入下さい				
患者との関係	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 親族・これに準ずる者（続柄 ） <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 保険代理人 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

4. 身分確認書類（請求者様の本人確認のため、身分確認書類のご提出をお願いします）

- ☐運転免許証 ☐マイナンバーカード
☐戸籍謄本 ☐その他（ ） ※身分確認書類のコピーをお願い致します。

病院 使用 欄	受 付		事務長意見欄		担当医意見欄		病 院 長 決 裁		診 療 録 担 当	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	印		印		印		印		印	

患者 ID（ ）