

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	□患者本人	□親族・これに準ずる者 (続柄)	
	□法定代理人	□保険代理人	□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	年 月 日				
印		印		印		印		印		

患者 ID ()

診療録管理検討委員会

2017年3月14日 初版 作成