

診療記録等の開示申込書

申込日 年 月 日

利根中央病院 院長 殿

「利根中央病院における診療情報の開示（提供）に関する指針」に基づき診療記録等の開示を申し込みます。

1. 開示対象患者 氏名：_____（患者 ID：_____） 生年月日：_____年 月 日

2. 開示対象期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日
(補足：_____)

3. 申込者 氏名：_____ 印 電話番号：_____
住所：_____

	患者との関係	申込資格確認に必要な書類
①	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 身分証明書
②	<input type="checkbox"/> 法定代理人（親権者、〔未〕成年後見人）	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 法定代理人証明書類（裁判所の選任決定書など）
③	<input type="checkbox"/> 本人より代理権を付与された 3 親等内の同居家族	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 委任状
④	<input type="checkbox"/> 合理的な判断が困難な患者本人の世話をする者	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 合理的判断が困難なことを証明するもの（診断書など）
⑤	<input type="checkbox"/> 相続人（患者本人死亡時）	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 法定相続情報一覧図 or 故人と申込者の戸籍謄抄本
⑥	<input type="checkbox"/> ①~⑤に該当する者から依頼された弁護士など	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 上記①~⑤に挙げられた書類 <input type="checkbox"/> 委任状

※身分証明書はコピー可、顔写真入りが望ましい。その他の証明書類等は現に有効なもので、なるべく原本を提出。

4. 開示方法（希望する方法をチェックしてください）

院内にて診療記録等を閲覧（職員同席、メモ・写真撮影等の複写不可、閲覧日は調整のうえ後日連絡します）

診療記録を紙などに印刷（複写）して閲覧

↳ 印刷（複写）を希望する対象に○をつけてください

医師記録／看護記録／手術記録／病理検査報告／画像診断報告／内視鏡検査報告／その他検査記録
画像記録（CD-R に書き込み）／その他（_____）

↳ 印刷（複写）した診療記録の受領方法を選択し○をつけてください

来院して直接受領 / 郵送にて受領（申込者住所にのみ送付可）

病院使用欄			
担当医	開示許可 ・ 不許可	確認日 年 月 日	科 氏名 印
	開示許可 ・ 不許可	確認日 年 月 日	科 氏名 印
院長	開示許可 ・ 不許可	確認日 年 月 日	氏名 印