

診療記録等の開示申込書（兼 委任状）

医療法人医誠会 理事長 殿

申込年月日

年

月

日

請求者氏名	ふりがな	生年月日
		年 月 日
住所	〒	電話番号
		— —

下記のとおり請求します

1. 対象病院・クリニック

2. 開示請求に関わる患者

診察券番号		
氏名	ふりがな	生年月日
		年 月 日

3. 請求者と患者の続柄（番号に○をお願いします）

① 患者本人（証明するものをご提示ください）
② 患者親族（患者からみて）（患者との関係を示す書類をご提示ください）
③ 患者遺族（患者からみて）（遺族であることを示す書類をご提示ください）
④ その他（）（証明するものをご提示ください）

4. 開示を請求する内容（必要事項に○または記載をお願いします）

診療科	① 全科	② 科：
開示請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
外来診療記録	① 全て	② 一部
入院診療記録	① 全て	② 一部
診療記録の種類 ※診療記録の一部を 選択された方は必要 な記録に○を付け てください	職種別記録	医師・看護師・その他（）
	検査成績	血液検査・尿検査・その他（）
	画像報告書	CT・MRI・内視鏡・超音波（心エコー含む）・脳波・心電図・その他（）
	画像（CD-R等）	エックス線・CT・MRI・内視鏡・超音波・脳波・その他（）

5. 開示方法（番号に○をお願いします）

① 写しの交付	② 閲覧	③ 医師との面談
---------	------	----------

委任状

私は、上記のとおり、貴院が保有する診療記録等の開示に同意し、または請求者に対して開示手続きを委任します。

患者さん本人（自署）

印

病院使用欄

①新規 ②追加	
請求者本人確認欄	①運転免許証 ②健康保険証 ③マイナンバーカード ④その他（）
請求者資格確認欄	①戸籍謄本 ②住民票 ③委任状 ④その他（）
備考	

院長	主治医／担当医	診療情報管理士(医療事務部)
可・否	可・否	可・否