

B 申請者が【本人】、受取者が【家族、法律事務所等】の場合

記載例

様式1

診療記録等の開示申請書

前橋赤十字病院長 様

次のとおり、診療記録の開示を申請します。

年 月 日

申請者	住所 (ふりがな)		
	氏名	本 人	
	生年月日	年 月 日	電話番号 - -

開示対象の患者情報	<input checked="" type="checkbox"/> 上記申請者と同じ <input type="checkbox"/> 上記申請者と異なる
	氏名【 本 人 】 申請者は開示対象患者の ①配偶者 ②子 () ③親権者 ④その他 () 上記申請者と異なる理由 () (希望する番号に○印をつけてください)

期間	①2004年4月1日から申請日までのすべて ② 年 月 日～ 年 月 日
診療科	①すべての診療科 ②特定の診療科 ()
入院・外来の区分	①入院と外来すべて ②入院のみ ③外来のみ
資料内容	①診療記録(医師+看護師+メディカルスタッフの記事) ②処方・処置・検査等の指示 ③血液検査・検尿等の結果 ④CT・MRI・X-Pの画像(DVD) ⑤CT・MRI・X-Pの画像所見 ⑥腹部・心臓等の超音波検査の画像(DVD又は紙) ⑦腹部・心臓等の超音波検査の所見 ⑧心電図・脳波等の波形(DVD又は紙) ⑨当院作成の診療情報提供書 ⑩退院時要約 ⑪病理検査所見+組織写真(紙) ⑫手術記録 ⑬その他 ()
提供方法	①写しの交付 ②閲覧
交付方法	①来院 ②宅配便で送付 ③後日ご相談

以下事務局入庫へ

概算額(税込)	基本料2200円+(枚×22円)+(DVD・CD 枚×2200円)
事務局確認	①運転免許証 ②マイナンバーカード ③住民票 ④戸籍謄本 ⑤パスポート

診療情報管理室 2022.11.22 Ver2.0

様式第2号

委任状(同意書)(診療記録等の開示に係る申請・受取)

年 月 日

日本赤十字社前橋赤十字病院長 様

【委任者(患者)】

氏名(自署): 本 人

生年月日: 年 月 日生

住所:

電話番号:

私は、次の者を受任者(代理人)と定め、「開示対象者」の診療記録等の開示申請並びに受取に関する一切の権限を委任します。

【受任者(代理人)】

氏名: 「本人」以外の他の方

住所:

電話番号:

委任者との関係:

(注)
*受任者(代理人)の方は、弁護士登録証、社員証、運転免許証、マイナンバーカード、パスポートなどの身分証明証をご持参ください。
*本状の他に、患者さんとのご関係を証明するもの(戸籍謄本・住民票等)の提出を求めています。
*本状は記載日より概ね3ヶ月以内のものをお持ちください。

*必ず、【申請書】と【委任状】をご用意ください

*委任状の委任者は、本人の自署でお願いします。

*申請者本人であることを証明する書類 をいずれか1つをご用意ください

(運転免許証両面、マイナンバーカード両面、パスポート、住民票等)

*以下のとおり受任者本人であることを証明する書類 をいずれか1つをご用意ください

★受任者が【ご家族】の場合

運転免許証両面、マイナンバーカード両面、パスポート、住民票等いずれか1つ

★受任者が【法律事務所、保険会社等】の場合

弁護士登録証、印鑑証明書、社員証、在籍証明書など