

E 【申請者】と【受取者】が【法律事務所、保険会社等】の場合

記載例

診療記録等の開示申請書

様式1

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	法律事務所さん、保険会社さん	
	生年月日	年 月 日	電話番号 - -

開示対象の患者情報	☐ 上記申請者と同じ ☒ 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

～以下事務局記入欄～

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戸籍簿本 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: 法律事務所さん、保険会社さん

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、患者さんとの関係を証明するもの (戸籍簿本・住民票等) の提出を求めることがあります。

*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。

1

診療情報管理室 2020年4月1日改定 Ver.11.0

* 必ず、【申請書】と【委任状】をご用意ください

* 申請者と異なる理由を必ずお書きください

* 委任状の委任者は、本人の自署をお願いします。

* 本人であることを証明する書類 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)

* 申請者の方の身分証明書 いずれか1つをご用意ください

(弁護士登録証、印鑑証明書、社員証、在籍証明書) など

* 【本人と申請者の方】の関係性がわかる書類 (契約書、御社の委任状等) を求める

場合があります。