

病院長	事務長	医事課長	主治医

診療情報開示申請書

社会医療法人田北会病院長 殿

請求日： 年 月 日

診察券番号：

下記のとおり、診療記録等の開示を申請致します（太枠内をご記入下さい）

開示を受けたい 患者について	氏名	フリガナ 生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
	住所	〒 —	
	TEL	()	

開示を申請する方 (開示請求者が本人 以外の場合のみ記入)	請求者名			
	上記患者 との関係	☐ 患者の法定代理人 ☐ 患者から代理権を与えられた親族又はこれに準ずる方	続柄	
	住所	〒 —		
	TEL	()		

開示を希望する記録	
1. 診療録	自： 年 月 日 至： 年 月 日（1. 全て 2. 入院分のみ 3. 外来分のみ）
2. 画像記録	要 ・ 不要
3. 診療科	1. 全科 2. 内科 3. 整形外科 4. 脳神経外科 5. 外科 6. その他（ ）
4. 開示の方法	☐ コピー ☐ 閲覧

参考：保存形態は、平成24年2月12日以前は紙媒体、平成24年2月13日以降は電子媒体

委任状	
社会医療法人田北会病院長 殿	
私は上記のとおり、申請者 に対して、	
私の診療記録が開示されることに同意します。	
年 月 日	患者氏名（自署）

病院使用欄

請求者の確認方法	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ）	担当者
代理人の確認方法	☐ 戸籍謄本 ☐ 住民票 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）	