

診療記録等の開示申込書

医療法人社団慶仁会川崎病院 院長殿

以下のとおり、診療記録の開示を申請いたします。

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	大昭 平令	年	月	日
請求者氏名		電話番号 (日中連絡可能な)				
住所						

1 開示請求に関わる患者（患者本人が請求する場合は診察券番号のみご記入ください）

ふりがな		診察券番号				
患者氏名		生年月日	大昭 平令	年	月	日

2 患者本人との続柄（☑をお願いします）

☐ 患者本人（身分を証明するものをご提示下さい）
☐ 患者の親族（患者からみた続柄： ）（患者との関係を示す書類をご提示下さい）
☐ その他（ ）（証明するものをご提示下さい）

5 委任状の
記入が必要です

3 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）

開示請求期間	☐ 指定無し（全期間） ☐ 指定あり（以下の期間に作成された診療記録） (平・令) 年 月 日 ~ 年 月 日
診療記録の種類	☐ 全て ☐ 一部 ※一部を選択された方は下記の必要な記録に○を付けてください 診察記録・看護記録・検査結果報告書・画像報告書（読影レポート） 画像CD-R（X線写真・CT・MRI）・その他（ ）

4 開示方法（☑をお願いします） ※お渡しした開示資料に対して医師からの説明を希望される場合は、別途ご相談ください

☐ 写しの交付 ☐ その他（ ）

5 委任状（患者本人以外の申込の場合）

委任状

私は、「診療記録等の開示申込書」のとおり、川崎病院が保有する私の診療記録を（ ）に開示されることに同意します。（患者様本人が故人の場合、ご親族欄にのみご署名をお願いします。）

患者様本人（自署）
ご親族（続柄： ）（自署）

6 受取方法（☑をお願いします）

☐ 窓口で受け取る ☐ 郵送で受け取る（別途送料を徴収いたします）

※病院使用欄 【診療情報管理室担当者（サイン）】

請求者本人確認欄	①運転免許証 ②マイナンバーカード ③健康保険証（単独不可） ④その他（ ）			
請求者資格確認欄	①戸籍謄本 ②住民票		同意書・委任状	有 ・ 無
受付者（サイン）	主治医確認欄（サイン）	主治医確認欄（サイン）	管理者確認欄（サイン）	
受付日 年 月 日	確認年月日 年 月 日	確認年月日 年 月 日	確認年月日 年 月 日	