



様式第 1 号

診療記録の開示請求書

日本医科大学付属病院 院長殿

下記の通り診療記録の開示を請求します。

患者 ID						
患者氏名						
生年月日	明 / 大 / 昭 / 平 / 令	年	月	日		
住所/電話番号	〒	TEL	()		
診療科	期間			入院/外来		
科	年	月	日～	年	月	日
科	年	月	日～	年	月	日
科	年	月	日～	年	月	日

※入院期間中の記録については主科以外の診療記録も含まれます。

請求対象	<input type="checkbox"/> 診療録	<input type="checkbox"/> 放射線画像
電子カルテの交付方法	<input type="checkbox"/> 紙に印刷	<input type="checkbox"/> PDF で出力 ※どちらか一方にチェック
受領方法	<input type="checkbox"/> 配送 (着払)	<input type="checkbox"/> 来院 ※どちらか一方にチェック
備考		

※紙カルテは紙コピー、電子カルテは紙印刷もしくはデータで交付します。放射線画像フィルムはフィルムコピー、放射線画像の電子記録はデータで交付します。

年 月 日 請求者氏名 (自署) _____ (印)

代理請求の場合は以下もご記入ください。

患者とのご関係 _____ 電話番号 _____ () _____

住 所 〒 _____

※代理請求の場合は、委任状が必要になります。患者さんがお亡くなりになっている場合は、死亡事実および請求者とのご関係が分かる戸籍謄本等の書類が必要になります。

..... 委任状

私は上記の開示請求を請求者 _____ に対し委任します。

年 月 日 患者氏名 (自署) _____ (印)

【病院記入欄】

受付日	委任確認日	受付担当者
年 月 日	年 月 日	