様式1号

**診療録等の開示申込書**

日本私立学校振興・共済事業団　　　　　　　　　　　　　　　　　**申込年月日　　　　年　　　月　　　日**

東京臨海病院　病院長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 請求者氏名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　　） |

下記のとおり請求します。

**１　開示を受けたい患者　※患者本人が請求する場合は診察券番号（ID）のみご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 診察券番号（ID） |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |

**２　請求者と患者の続柄　※番号に〇をお願いします。**

|  |
| --- |
| 1. 患者本人（証明するもの（健康保険証、運転免許証、旅券等）をご提示ください） 2. 患者の親族　患者からみて（　　　　　　　）（患者との関係を示す書類をご提示ください） 3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）（証明するものをご提示ください） |

**３　開示請求する内容　※必要事項に〇又は記載をお願いします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科 | 1. 全部　　　②　科： |
| 開示請求期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 外来診療記録 | 1. 全て　　　②　一部　※下記診療記録に〇又は記載をお願いします。 |
| 入院診療記録 | 1. 全て　　　②　一部　※下記診療記録に〇又は記載をお願いします。 |
| 診療記録の種類 | 1. 診療録　②諸検査の結果及び報告書　③画像　④その他（　　　　　　　　　　　） |

**４　開示方法　※番号に〇をお願いします。**

|  |
| --- |
| 1. 写しの交付　　　　②　閲覧　　　　③医師との面談 |

**５　委任状**

|  |
| --- |
| 委　任　状  私は、「診療記録の開示申込書」のとおり、東京臨海病院が保有する私の診療記録を（請求者　　　　　　　　　　　　）に開示されることに同意します。※患者本人が故人の場合、ご親族欄にご署名をお願いします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者本人（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご親族（続柄：　　　　）（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　 　印 |

**病院使用欄**

|  |  |
| --- | --- |
| □新規　　　　□追加　　　□文書資料添付 | |
| 請求者本人確認欄 | □運転免許証　□健康保険証　□マイナンバーカード　□その他（　　　　　　　　　） |
| 請求者資格確認欄 | □戸籍謄本　□住民票　□委任状　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　考 | 受付者　　印 |

2024/1/1改訂