診療録等の開示申込書

日本私立学校振興・共済事業団
東京臨海病院 病院長殿

申込年月日 年 月 日

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○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○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○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○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○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	