

# 診療記録開示申出書

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長 様

申出者 氏名

住 所

(ふりがな)

氏 名

電話番号 ( )

次のとおり、診療記録の開示を申出します。なお、開示にかかる手数料として、所定の料金を支払うことを承諾いたします。

開示を受けたい内容	(1) 対象 (ふりがな) 氏名	生年月日 <small>大正 昭和 平成 令和</small>	患者番号 (診察券番号)
	(2) 診療期間 ( 科 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 ) ( 科 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 )		
	(3) 診療記録の種類※ ( 全て ・ 診療録 ・ 看護記録 ・ 検査結果 ・ エックス線写真・画像 ・ その他【 】 )		
申出者の診療記録以外の場合 注2	対象者の状況※	・未成年者(15歳未満・15歳以上) 15歳以上の未成年者本人同意署名欄 注4	
	申出者の関係※	①法定代理人 ②任意後見人 ③代理権を与えられた親族等 ④患者の世話をしている親族等 ⑤遺族(配偶者・子・父母等)	提出書類 ①資格を証明する書類(戸籍謄本・登記事項証明書等) ②公正証書 ③戸籍謄本、住民票及び委任状(印鑑証明書添付) ④戸籍謄本及び住民票又は扶養証明書 ⑤戸籍謄本、除籍謄本及び住民票
	該当する番号の提出書類を提出願います	対象者の住所	対象者の連絡先
希望する開示の方法※	(1) 閲覧 (2) 要約書交付 (3) 診療記録の写しの交付 (4) その他		
開示日に同席する方の氏名		本人との関係	

注1 ※の欄は、該当するものを○で囲んでください。

注2 この欄は本人以外の方が診療記録開示を申出する場合に記入し、提出書類に記載している書類を添えて提出してください。

注3 申出の際には、申出者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証、パスポート(旅券)、健康保険の被保険者証、国民年金手帳など)を提出、又は提示してください。

注4 申出者の診療記録以外を開示する場合で、開示対象者が15歳以上の未成年者の場合は、未成年者本人同意署名欄に、本人が自筆で署名してください。

注5 開示にかかる手数料として、本申出書の受理ごとに**2,200円(税込)**を徴収いたします。なお、当該手数料は、診療記録開示審査会に諮問した結果、不開示又は部分開示になった場合においても返金はいたしません。  
また、診療記録等の写しでの交付を希望される場合は、別途、複写費用が発生いたします。

## 【病院等開示担当記入欄】

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート(旅券) <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	収 受 担 当 印
確認した記号番号等		
備考 開示希望日時など		