

## 診療記録の開示申込書

年 月 日

石巻赤十字病院 病院長 殿

患者氏名	:			
登録番号	:			
生年月日	:	年	月	日
希望診療科	:			
住 所	:			
電話番号	:			

次のとおり、診療記録の開示を請求します。

## 1. 請求者

- 患者本人  
 法定代理人 (未成年の親権者、未成年後見人、成年後見人、等)  
 任意代理人 (患者本人から代理権を与えられた者(家族含む))  
 遺族 (配偶者、子、父母、及びこれに準ずるもの)

※請求者が患者本人以外の場合には下記をご記入下さい。

請求者氏名	:			
住 所	:			
電話番号	:			

本人確認書類 [ 運転免許証 個人番号カード 健康保険証 旅券 その他 ]  
代理人確認書類 [ 戸籍謄本 委任状 住民票 その他 ]

※ 本人確認書類は患者本人、各代理人、遺族の請求者全てで必要になります。  
(顔写真が確認できるものをご用意ください。無い場合には複数の確認書類をご用意ください)

## 2. 開示を請求する診療記録の内容及び希望範囲

開示希望期間 : 年 月 ~ 年 月

- 開示対象診療情報 :  診療録 医師診療情報、看護記録など  
 検査情報 血液検査、病理検査、画像診断報告書など  
 画像 X線写真 (CT、MRI等) 超音波検査など

## 3. 希望する開示の方法

- 閲覧  診療記録の写しの交付

※診療記録の開示は有料となりますので、あらかじめご了承ください。  
※診療記録の開示が患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき、もしくは、患者が明らかに不利益を被るときには、診療記録を開示しない場合があります。  
※不当な手続きを経て行われた診療記録の開示により発生する本人もしくは診療記録開示請求者の不利益に対して病院は一切責任を負いかねます。

# 委任状

私は、

代理人氏名 : (患者本人との関係 : )

住 所 :

電 話 番 号 :

を代理人として、次の事項を委任します。

## 記

私に関する診療記録の閲覧・複写などを申請し、写しなどの交付を受ける件

年 月 日

委任者（患者本人）

氏名(自署) :

---

住 所 :

---

生 年 月 日 : 年 月 日

---

※委任状のほか、患者様と代理人との関係を証明するものの提出を求めています。