

病院長	事務部長	医事課長	医事課	担当者

(様式1)

診療情報開示申請書

申請日 年 月 日

新潟大学医歯学総合病院長 殿

【申請者】

〒 -

住所

(ふりがな)
氏名

Ⓜ 男 ・ 女

生年月日 年 月 日生

電話番号 () -

下記のとおり、私自身の診療に関する情報の開示を受けたいので申請します。

記

情報の開示を受けたい内容 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 診療録	年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 看護記録不要	
	<input type="checkbox"/> 2. 検査記録	年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 3. 画像記録	年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 4.	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日
※代理人が申請する場合	患者 ^(ふりがな) 氏名	生年月日 年 月 日生
	患者住所 連絡先	〒 - 電話番号 () -
	代理人が申請する理由 (該当するものに○)	未成年者 [15歳未満・15歳以上 (同意の有・無)]・被後見人・ 弁護士・保険会社等 同意の無い場合の理由 ()
開示方法希望 (該当するものに○)	1. 複写の交付 2. 閲覧 [同席者無・有 (: 続柄)]	

※裏面をご確認ください。

【病院側確認事項欄】※下記は記入不要です。

確認書類 受診券の他に 右の書類で確認	顔写真付身分証等： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
	代理申請追加確認： <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 同意書・委任状 (1年以内に記載のもの) <input type="checkbox"/> その他 ()
管理番号	確認者
備考	

※情報の開示を受けたい内容について

診療録とは、

- 1.診療を受けた方の住所、氏名、性別及び年齢
- 2.病名及び主要症状
- 3.治療方法（処方及び処置）
- 4.診療の年月日

以上の内容です。

当院における診療録とは「電子カルテに記載の経過記録」及び「過去紙カルテ」を示します。

「情報の開示を受けたい内容」の1～3以外の記録等の開示を希望される場合は4に記入してください。

例：退院サマリ（入院総括）、手術記録、麻酔記録、同意書、紹介状（診療情報提供書）等

確認書類の例

1.顔写真付身分証（現在有効な物）の例

運転免許証、運転経歴証明書、旅券（パスポート）、身体障害者手帳、精神障害者保護福祉手帳、療育手帳、特別永住者証明書、在留カード

写真付学生証、写真付身分証明書、写真付社員証、写真付資格証明書

（氏名及び生年月日又は住所が記載されている物に限る）

国又は地方公共団体の機関が発行した身分証明書

2.顔写真付身分証を準備できない場合は以下の内から2点で確認する

・現在有効な被保険者証等

公的医療保険の被保険者証、年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書
学生証（写真なし）、身分証明書（写真なし）、資格証明書（写真なし）

（氏名及び生年月日又は住所が記載されている物に限る）

・最新の領収書等

国税、地方税、社会保険料、公共料金の領収書、納税証明書
源泉徴収票、支払通知書、特定口座年間取引報告書

・市区町村から交付を受ける証明書等

印鑑登録証明書、戸籍の附票の写し（※）（謄本若しくは抄本も可）、住民票の写し（※）、住民票記載事項証明書

※写しとは、市区町村から交付を受けた書類そのものをいいます。コピー機等で複写したものではありません。住所等の記載事項が他の証明書等と違うものではありません。

その他ご不明な点は申請の際にお問い合わせください。