

記入例

【弁護士の方が申請する場合】

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

申請書の提出日を記入

・弁護士事務所名を記載ください。

申請日 年 月 日

新潟大学医歯学総合病院長 殿

必ず押印をお願いします

開示を希望するものに✓をつけ、
 開示を希望する診療期間をご記入ください。
 (年月日は分かる範囲のご記入で大丈夫です。)
 4は裏面を参照の上必要に応じてご記入ください。

【申請者】

〒 9 5 1 - 8 5 2 0

住所 新潟市中央区旭町通1番町754番地

〇〇弁護士事務所

氏名 (ふりがな) 新 天 太 郎 男 ・ 女

生年月日 2017 年 1 月 1 日生

電話番号 (025) 227 - 1234

下記のとおり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 checked="" type="checkbox"/> 1. 診療録 2015 年 9 月 1 日 ~ 2016 年 3 月 31 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 checked="" type="checkbox"/> 3. 画像記録 2015 年 9 月 1 日 ~ 2016 年 3 月 31 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 <small>(ふりがな)</small> 氏名 旭 花子 生年月日 1987 年 1 月 1 日生
	患者住所 〒 9 5 5 - 0 0 0 1
	連絡先 新潟市中央区学校町通1番町1-1 電話番号 (025) 222-1111
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	<ul style="list-style-type: none"> ・申請者確認の書類は弁護士登録証等 (弁護士を確認出来るもの)とし、顔写真付でない場合は運転免許証等を併せてご用意ください。 ・代理申請となります、1年以内に記載の「委任状」・「同意書」の原本若しくは原本証明された物がが必要です。
受診券の他に右の書類で確認	
管理番号	
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は受付できません。住所等の記載事項が他の証明書等と違うものでは受付できません。

その他ご不明な点は申請の際にお問い合わせください。