様式第１号

診療記録の開示請求書

日本医科大学千葉北総病院　院長殿

下記の通り診療記録の開示を請求します。

患者 ID	
患者氏名	
生年月日	明 ／ 大 ／ 昭 ／ 平 ／ 令　　年　　月　　日
住所/電話番号	〒　　TEL　　（　　）

診療科	期間	入院/外来
科	年　月　日～　年　月　日	入院／外来
科	年　月　日～　年　月　日	入院／外来
科	年　月　日～　年　月　日	入院／外来

※入院期間中の記録については主科以外の診療記録も含まれます。

請求対象	☐ 診療録　☐ 放射線画像（CD または DVD での出力のみ） ☐ その他（　　）		
電子カルテの交付方法	診療録	☐ 紙に印刷	☐ 紙と PDF（CD または DVD で出力）
	放射線画像	☐ CD または DVD で出力	
受領方法	☐ 配送（着払）　☐ 来院　※どちらか一方にチェック		
備考			

※紙カルテ・電子カルテともに紙で印刷いたします。また、ご希望があればデータ（PDF）も追加でお渡しすることができますが、別途料金が発生いたします。放射線画像はデータで交付いたします。

年　月　日	請求者氏名（自署）	

代理請求の場合は以下もご記入ください。

患者とのご関係		電話番号	（　　）
住所	〒		

※代理請求の場合は、委任状が必要になります。患者さんがお亡くなりになっている場合は、死亡事実および請求者とのご関係が分かる戸籍謄本等の書類が必要になります。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**委任状**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

私は上記の開示請求を　請求者　　に対し委任します。

年　月　日	患者氏名（自署）	

【病院記入欄】

受付日	委任確認日	受付担当者
年　月　日	年　月　日	

問い合わせ先：診療録管理室　0476-99-1111（内線 5169・5170）　20260401 改訂