

診療記録開示申出書

年 月 日

愛知医科大学病院長 殿

【申出者】

フリガナ		患者との 関 係	☐ 本人
氏 名			☐ 代理人（ ）
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日生	
住 所	〒 —		
電話番号	（ ） —		

下記の患者につき、診療記録の開示を申し出ます。

【患 者】 ※患者本人の申出の場合は、登録番号のみ記載してください

フリガナ		登録番号
氏 名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日生
住 所	〒 —	
電話番号	（ ） —	

【開示を受けたい内容】

診 療 科 名	
対 象 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
入 院・外 来	入 院 ・ 外 来
開 示 方 法	閲 覧 ・ 写しの交付〔紙印刷・データ作成(DVD)〕
診療記録の種類	診療録 ・ 画 像 ・ その他（ ）

- 注1 申出の際、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、マイナンバーカード等、身分を証明できるもの）を提示してください。
- 注2 申出者が代理人の場合には、注1の書類のほか、委任状、患者との関係が確認できる書類（戸籍謄本、代理人選任書、診療情報提供同意書等）を提示してください。
- 注3 原則、紙印刷が21枚以上になる場合はデータ作成(DVD)になります。
- 注4 申出後、2週間以降のキャンセルに関しては、それまでにかかった費用をお支払いいただくことがあります。
- 注5 開示する画像には、動画は含まれません。

【問い合わせ先 各科外来窓口 0561-62-3311（代表）】
(病院使用欄)

本人等の確認方法	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ 戸籍謄本 ☐ その他（ ）		
開 示 の 可 否	可 ・ 否		
担 当 医 師 名	（自署）		
担当医師確認日	年 月 日		
開 示 枚 数	紙印刷：電子カルテ（ ）枚、紙カルテ（ ）枚		合 計（ ）枚
	DVD：電子カルテ（ ）枚、画像（ ）枚		
開 示 の 日 付	年 月 日 ※受取者が申出者本人であることを確認してください。		

【開示後 各診療科外来→スキャンセンター→医療情報管理課】