

1. 診療録開示手続き 受付窓口 について

診療録開示手続きは、1階外来受付窓口にてお願い致します。

2. 診療録開示手続き 必要書類 について

診療録開示手続きの際には下記書類が必要となります。

		患者様本人による 開示請求の場合	左記以外の場合
1	診療録等の開示請求書 (本紙 3ページ)	必要	必要
2	開示請求者本人の本人確認証明書 ※1	必要	必要
3	患者様の代理人である事の証明書 ※2	不要	法定代理人の場合必要 同居・同生計親族の場合必要 任意代理人の場合不要
4	患者様自書による診療録開示請求委任状 (本紙 4ページ) 委任状に捺印された印鑑の印鑑登録証明書	不要	法定代理人の場合不要 同居・同生計親族の場合不要 任意代理人の場合必要

お手続きの際には、診療録等の開示請求書 (本紙 3ページ) と印鑑、診療録開示請求者の本人確認証明書 (原本) をご持参下さい。

また、法定代理人の方や、同居家族で主たる介護者の方もしくは生計を一にしている親族の方は、別途その証明書 (原本) もご持参下さい。任意代理人の方は委任状と印鑑登録証明書が必要になります。尚、証明書は原本を確認の後に、複写を当法人で保管させて頂きます事をご了承下さい。

※1 本人確認証明書は下記をご参照下さい (有効期限内の原本ご持参 をお願い致します)

① 写真付き証明書をお持ちの方は いずれか1点

- ・運転免許証
- ・パスポート
- ・身体障害者手帳 など

② 写真付き証明書をお持ちでない方は いずれか2点

- ・健康保険被保険者証
- ・国民健康保険被保険者証
- ・後期高齢者医療被保険者証
- ・厚生年金保険年金手帳
- ・国民年金年金証書 など

*婚姻等により、開示請求書提出時の氏名と診療録等に記載された氏名が異なる場合は別途、旧姓などが確認出来る書類 (戸籍謄本・抄本) が必要になります

※2 代理人である事の証明書は下記をご参照下さい (原本のご持参 をお願い致します)

① 法定代理人である事の証明書

- ・親権者の場合…戸籍謄本 (抄本) もしくは 住民票
- ・成年後見人の場合…登記事項の証明書

その他、法定代理人である事を示した証明書

② 主介護者 (同居親族 生計を一にする親族) である事の証明書

- ・戸籍謄本 (抄本) もしくは 住民票

* ご遺族の方は、戸籍謄本、住民票 (除票)、死亡診断書のいずれか原本をご持参願います

* ご自身で合理的判断が下せない状況にある患者様の、医師診断書ご提出をお願いする場合がございます

3. 診療録開示手続き 費用 について

コピー代

区分	1枚あたりの料金 (片面・消費税込み)
A 4版	10円
A 3版	10円
B 5版	10円

レントゲン写真 (CT MRI などを含む)

区分	1枚あたりの料金 (消費税込み)
半切	550円

レントゲン画像データ (CT MRI などを含む)

区分	1本あたりの料金 (消費税込み)
CD-ROM	1,100円

4. お問い合わせ先 について

ご不明点は 1階外来受付窓口 までお問い合わせ下さい

お問い合わせの際には、『診療録開示 (もしくはカルテ開示) の件で』とお伝え下さい

【お問合せ連絡先 (受付時間 8:30~17:00) *北原リハビリテーション病院のみ 9:00~17:30】

北原国際病院	電話番号	042-645-1110
北原 RD クリニック	電話番号	042-656-2221
北原リハビリテーション病院	電話番号	042-692-3332
北原ライフサポートクリニック	電話番号	042-655-6665

診療録等の開示請求書

_____年 _____月 _____日

医療法人社団 KNI

理事長 北原 茂実 殿

私は、下記の通り、診療録等の情報開示を請求致します。

開示請求をする患者氏名等	フリガナ	
	患者氏名	(姓名変更があった場合、受診当時の姓名を記載)
	住所	〒 _____
開示請求をする診療録等	※診療科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科・神経内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	※入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院診療録 <input type="checkbox"/> 外来診療録
	請求する期間	(西暦) 20____年 ____月 ____日 ~ (西暦) 20____年 ____月 ____日
	※開示請求内容	<input type="checkbox"/> 診療録の記載内容全て (診療録 手術記録 検査記録 画像記録) <input type="checkbox"/> 診療録のみ <input type="checkbox"/> 画像記録 (CT MRI) のみ <input type="checkbox"/> その他 (_____) * 画像記録は (<input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム) を希望します

注1) ※の欄は、該当する項目をチェックして下さい

請求者 (自書)	氏 名	_____	(印)
	住 所	〒 _____	
	電話番号 (連絡先)	_____ - _____	
	患者との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (_____)	

【病院使用欄】	*本人開示請求の場合は本人確認書類のみ提出・複写保管 <input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 代理人証明書 <input type="checkbox"/> 委任状・印鑑証明	開示請求書受取	/	印
ID	ENT ID	診療録等受渡し	/	印

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、下記の事項を委任します。

記

私に関する診療録等の閲覧・要約書などを申請し、写しの交付を受ける件

年 月 日

委任者（患者本人） 住 所

氏 名

⑩

生年月日

明治 大正 昭和
平成 令和

年 月 日生

医療法人社団 K N I

