

診療記録等の開示申込書

申込年月日 令和 年 月 日

診療記録等の開示を受けたい患者	フリガナ 患者氏名	(姓)	(名)
	ID番号		
	住所	〒	
	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日
	(連絡先)	TEL 携帯番号	
開示を希望する記録 (該当する箇所に○を記入してください)	記録内容	診療期間、部位等	
	1. 診療録 (カルテのみ)		
	2. 検査結果		
	3. 放射線画像		
	4. その他		

私は上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

申請者

氏名

患者との関係

〒

住所

電話番号

携帯番号

記入例

診療記録等の開示申込書

開示を希望する
患者さんの情報を
ご記入ください

申込年月日 令和 ○年 ○月 ○日

診療記録等の 開示を受けたい患者	患者氏名	(姓) サイガイ 災害	(名) タロウ 太郎
	ID番号		
	住所	〒 190-0014 東京都立川市緑町3256	
	生年月日	明・大・昭・平・令 ○年 ○月 ○日	
	(連絡先)	TEL 042-×××-×××× 携帯番号 090-××××-××××	
開示を希望 する記録 (該当する 箇所に○を 記入してく ださい)	記録内容	診療期間、部位等	
	① 診療録 (カルテのみ)	2020年1月1日～2024年3月31日 又は 当院にある記録全て	
	② 検査結果	同上	
	③ 放射線画像	同上	
	4. その他		

開示を希望する記録の欄に
必要な入院・外来期間を

私は上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

申請者

申請者の方の
情報をご記入くださ

氏名 災害 花子

患者との関係 妻(本人場合は本人とご記入ください)

〒 190-0014

住所 東京都立川市緑町3256

電話番号 042-×××-××××

携帯番号 080-××××-××××