

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様	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	ID 番号		**
	住 所		
	生年月日	明・大・昭・平	年
(連絡先)	TEL	—	—
		携帯番号	— —
開示を希望する記録 (該当する箇所) に○を記入して下さい)	記録内容	診療期間、部位等	
	1. 診療録 (カルテのみ)		
	2. 検査記録・ 検査成績		
	3. エックス線写真		
	4. CT・MRI 画像		
	5. 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 _____ (印)

患者との関係 _____

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

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

診療記録等の開示を受けたい患者様	フリガナ	(姓) タナカ	(名) タロウ
	患者氏名	田中	太郎
	ID 番号		**
	住 所	〒111-1111 神奈川県〇〇区 1 丁 1 番 1 号	
	生年月日	明・大・ 昭 ・平	33 年 3 月 3 日

開示を希望する記録の欄に、必要な入院・外来期間をご記入ください

開示を希望する記録 (該当する箇所に○を記入して下さい)	(連絡先)	TEL 042-xxxx-xxxx	携帯番号 090-xxxx-xxxx
	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～2021 年 3 月 31 日	
	② 検査記録・検査成績	同上	
	③ エックス線写真	同上	
④ CT・MRI 画像	同上		
⑤ 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 弁護士 〇〇 〇〇 (申請者の方のお名前) **印**

患者との関係 代理人

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 〇〇区〇丁〇番目〇号〇〇ビル〇階

〇〇法律事務所

電話番号 042 - xxx - xxx

携帯番号 090 - xxx - xxx

申請者の方の情報を記入の上、捺印(シャチハタ不可)をお願いいたします