

診療情報開示申請書

年 月 日

申請者	氏名	フリガナ	生年月日
			年 月 日生
	利用者との関係 1. 本人 2. 法定相続人 3. 法定代理人 4. 任意代理人 5. その他 ()		
	住所	〒 電話番号 () -	

(注 1) 申請者氏名欄は申請者本人の署名をお願いします

以下のとおり診療記録の開示を申請いたします

患者情報	患者 ID :	
	氏名	フリガナ 生年月日
	住所	
診療録内容	(1) 入院区分 (入院・外来)	
	(2) 診療科名 (産婦人科・小児科・心療内科・乳腺外科・漢方外来)	
	(3) 希望する情報 (診療録・検査記録・看護記録・助産記録・画像のスキャン)	
	(4) 希望する情報の日時 年 月 日 ~ 年 月 日	
修正履歴	1. 必要 2. 不要	
法定代理人 又は相続人が 開示申請する場合	【利用者の状況】 (1) 15 歳以上：同意 有 ・ 無 (2) 15 歳未満 (3) 成年被後見人 (4) 死亡	
開示の方法	1. 閲覧のみ 2. 複写 (コピー) のみ 3. 閲覧と複写 (コピー)	

(注 2) 申請の際には、請求者本人であることを証明するために顔写真付きの身分証を提出して下さい

(注 3) 法定代理人又は相続人が請求する場合は注 2 の書類のほか、その資格確認のために
3 か月以内に取得した戸籍謄本・住民票 (世帯主との続柄併記) の原本を提出してください

(注 4) 電子カルテに保存されている診療記録については開示期間の全情報が対象となります

(注 5) 患者欄の氏名には受診当時の氏名を記入してください