

(様式1)

診療記録開示申請書

武蔵野赤十字病院 院長殿

下記の通り、診療記録の開示を希望するので、申請します。

		西暦	年	月	日
患者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	西暦	年	月	日
	診察券番号				
	住所	〒			
	電話番号	—		—	
	日中連絡先	—		—	
申請者 (患者と申請者が異なる場合のみ記載)	ふりがな				
	氏名	実印			
	患者との続柄				
	住所	〒			
	電話番号	—		—	
	日中連絡先	—		—	
	代理人が申請する理由				

希望するものを○で囲んでください。

開示内容	1. 期間	西暦	年	月	日	～	年	月	日
	2. 入外区分	全て / 一部 (入院のみ ・ 外来のみ)							
	3. 診療科	全て / 一部 (科のみ)							
	4. 希望する記録	全て / 一部 (1) 診療録のみ (2) 退院要約(サマリ)のみ (3) 検査記録のみ (4) 画像記録(X線写真・CT・MRI)のみ							
開示方法		写しの送付 / 写しの交付							
※ 本人確認 請求資格確 認書類等	開示請求者	本人 / 親族()							
	確認資料	運転免許証 ・ パスポート 個人番号カード ・ 住民基本台帳カード その他:							

※の欄は記入する必要はありません。

記入例

(様式1)

診療記録開示申請書

武蔵野赤十字病院 院長殿

下記の通り、診療記録の開示を希望するので、申請します。

		西暦	2022年	4月	1日
患者	ふりがな	につせき たろう			
	氏名	日赤 太郎			
	生年月日	西暦	1949年	11月	30日
	診察券番号	12345678			
	住所	〒180-8610 東京都武蔵野市境南町1丁目26番1号			
	電話番号	0422 — 32 — 3111			
	日中連絡先	— —			
申請者 (患者と申請者が異なる場合のみ記載)	ふりがな	につせき はなこ			
	氏名	日赤 花子			<input checked="" type="radio"/> 日赤
	患者との続柄				
	住所	〒			
	電話番号	— —			
	日中連絡先	— —			
	代理人が申請する理由				

希望するものを○で囲んでください。

開示内容	1. 期間	西暦 2020年 1月 1日 ~ 2020年 12月 31日
	2. 入外区分	<input checked="" type="radio"/> 全て / 一部 (入院のみ・外来のみ)
	3. 診療科	<input checked="" type="radio"/> 全て / 一部 (科のみ)
	4. 希望する記録	<input checked="" type="radio"/> 全て / 一部 (1) 診療録のみ (2) 退院記録(サマリ)のみ (3) 検査記録のみ (4) 画像記録(X線写真・CT・MRI)のみ
開示方法		<input checked="" type="radio"/> 写しの送付 / 写しの交付
※ 本人確認 請求資格確 認書類 等	開示請求者	本人 / 親族()
	確認資料	運転免許証 ・ パスポート 個人番号カード ・ 住民基本台帳カード その他:

※の欄は記入する必要はありません。