

(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。

申請日:西暦 年 月 日

患者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	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	
	申請理由	

※開示希望期間を記入し、開示内容と受け取り方法を○で囲んでください。

開示内容	1. 入外区分	入院 / 外来
	2. 期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	3. 診療科	全科 / 一部 ( 科)
	4. 記録	(1) 全ての記録 (2) 診療記録のみ (3) 検査記録のみ (4) 画像記録 ※出力媒体 A4片面カラーコピー / DVD ※CTやMRIなどの画像記録は、診療記録とは別のDVDで出力します。
受け取り方法	申請者へ送付 / 患者相談室窓口で受け取り	

※患者相談室担当者記入欄

申請者確認	患者 / 患者以外 ( )
必要書類確認	患者 運転免許証 / マイナンバーカード / 健康保険証 / 印鑑登録証明書 戸籍謄本 / その他( )
	患者以外 運転免許証 / マイナンバーカード / 健康保険証 / 印鑑登録証明書 戸籍謄本 / その他( )

(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。

申請日:西暦 2022年 10月 10日

患者	ふりがな	にっせき たろう		
	氏名	日赤 太郎		
	生年月日	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	にっせき はなこ		
	氏名	日赤 花子		実印
	患者との続柄			
	住所	〒		
	電話番号			
	日中連絡先			
	申請理由			

※開示希望期間を記入し、開示内容と受け取り方法を○で囲んでください。

開示内容	1. 入外区分	入院 / 外来	
	2. 期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	3. 診療科	全科 / 一部 ( 科)	
	4. 記録	(1) 全ての記録 (2) 診療記録のみ (3) 検査記録のみ (4) 画像記録	
		※出力媒体 A4片面カラーコピー / DVD	
		※CTやMRIなどの画像記録は、診療記録とは別のDVDで出力します。	
受け取り方法	申請者へ送付 / 患者相談室窓口で受け取り		

※患者相談室担当者記入欄	
申請者確認	患者 / 患者以外 ( )
必要書類確認	患者 運転免許証 / マイナンバーカード / 健康保険証 / 印鑑登録証明書 戸籍謄本 / その他( )
	患者以外 運転免許証 / マイナンバーカード / 健康保険証 / 印鑑登録証明書 戸籍謄本 / その他( )