

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	(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	履歴
	1. 診療録 (カルテのみ)		要 不要
	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

申込年月日 令和 ○年 ○月 ○日

フリガナ	(姓) セイケイ	(名) タロウ
患者氏名	清恵	太郎
ID 番号	**	
住 所	〒590-0903 堺市堺区松屋町1丁4番地の1	
生年月日	明・大 昭・平	40年 5月 5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

TEL	072-XXXX-XXXX
携帯番号	090-XXXX-XXXX

記録内容	診療期間、部位等	履歴
1. 診療録 (カルテのみ)	2018年1月1日~2019年3月31日	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要
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		

診療記録の修正履歴出力について
どちらか○で囲んでください

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 清恵 太郎

患者との関係 本人

〒 —

住所 同上

電話番号 072 — XXXX — XXXX

携帯番号 090 — XXXX — XXXX

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