

## 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
TEL (格先)	072-XXXX-XXXX	
携帯番号	090-XXXX-XXXX	

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

診療内容	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	要 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 弁護士 ○○ ○○ (申請者の方のお名前) 印

患者との関係 代理人

○○○ - ○○○○

住所 堺市○丁○番目○号 ○○ビル○階

○○法律事務所

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