

# 記入例

ITO  
HOSPITAL

申請日 2026 年 1 月 5 日

開示手数料 5,500 円  
複写代 55 円/枚  
CD-R 3,300 円/枚

伊藤病院 院長 殿

## 診療記録開示申請書

次のとおり、診療記録等の開示を申請します

【患者氏名】

氏名	伊藤 太郎 診察券番号:123456789	生年月日(西暦)	1937年 10 月 1 日
住所	東京都渋谷区神宮前4-3-6	電話番号	03-3402-7411

【代理人氏名】

氏名	名古屋 花子	生年月日(西暦)	2004年 6 月 1 日
住所	愛知県名古屋市中区大須 4-14-59	電話番号	052-252-7305
患者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 患者の親族 (続柄: 長女 ) <input type="checkbox"/> 代理人( 会社名・所属等 )		

【開示を希望する診療記録の内容】

1. 開示期間	<input type="checkbox"/> 指定なし (全期間)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定あり ( 2025 年 2 月 1 日 ~ 2025 年 8 月 20 日)				
2. 診療録内容	① 診療録	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 診療録	<input type="checkbox"/> 看護記録	<input type="checkbox"/> 手術記録
	② 検体検査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 採血			
	③ 生理学的検査	<input type="checkbox"/> すべて	<input checked="" type="checkbox"/> 心電図	<input checked="" type="checkbox"/> 呼吸機能	<input type="checkbox"/> 心エコー
	④ 病理学的検査	<input checked="" type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 組織診	<input type="checkbox"/> 細胞診	
	⑤ 画像検査	<input type="checkbox"/> すべて	<input checked="" type="checkbox"/> 超音波	<input checked="" type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X線
	<input checked="" type="checkbox"/> 報告書 <input checked="" type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 核医学	<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 骨密度
	⑥ その他 ( )				
3. 開示方法	<input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付	<input type="checkbox"/> 医師面談			
4. 受け取り方法	<input checked="" type="checkbox"/> 対面で受け取る	<input type="checkbox"/> 郵送 (別途送料を徴収いたします)			
<input type="checkbox"/> 法的保存期間の経過等により診療記録等が存在しない場合、証明書の発行を希望する(別途料金必要)					

患者 身分証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証(両面) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他( )	担当
代理人 身分証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証(両面) <input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他( )	
関係確認書類	<input checked="" type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 住民票(世帯・続柄記載) <input checked="" type="checkbox"/> 戸籍謄本(全部事項証明書) <input type="checkbox"/> 委託文書等 <input type="checkbox"/> その他( )	

注 1 申込当日の交付は致し兼ねますので、あらかじめご了承ください。

注 2 患者本人または申請者であることを確認できる、公的機関が発行した顔写真・氏名・生年月日の記載がある書類の提示が必要です。

注 3 患者本人以外の方が申請する場合は、委任状と関係性を確認できる公的書類等の提出が必要です。(発行より 3 カ月以内)