

記入例

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

診療記録開示申請書

伊藤病院 院長 殿

次のとおり、診療記録等の開示を申請します

【患者氏名】

※太枠のみご記入ください

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

【代理人氏名】

氏名	名古屋 花子	生年月日(西暦)	2004 年 6 月 1 日
		電話番号	052-252-7305
住所	愛知県名古屋市中区大須4-14-59		
患者との関係	☒ 患者の親族(続柄: 長女) ☐ 代理人(関係: 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	☐ 指定なし(全期間)			
	☒ 指定あり(2025 年 2 月 1 日 ~ 2025 年 8 月 20 日)			
2. 開示内容	① 診療記録	☐ すべて	☐ 診療録 ☐ 看護記録 ☐ 手術記録	
	② 検体検査	☒ 採血		
	③ 生理学的検査	☐ すべて	☒ 心電図 ☒ 呼吸機能 ☐ 心エコー	
	④ 病理学的検査	☒ すべて	☐ 組織診 ☐ 細胞診	
	⑤ 画像検査	☒ 報告書	☐ すべて	☒ 超音波 ☒ CT ☐ X線 ☐ 核医学 ☐ 内視鏡 ☐ 骨密度
		☒ CD-R		
⑥ その他()				
3. 開示方法	☒ 写しの交付 ☐ 医師面談			
4. 受け取り方法	☒ 対面での受け取り ☐ 郵送			
☐ 法的保存期間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				

注1 申込当日の開示はできませんので、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ヵ月以内)

病院使用欄

患者 身分証明書	☐ 運転免許証(両面) ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ その他()	申請担当
代理人 身分証明書	☐ 運転免許証(両面) ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ その他()	開示担当
関係確認書類	☐ 委任状 ☐ 戸籍全部事項証明書 ☐ 住民票(世帯・続柄記載) ☐ 委託文書等 ☐ その他()	