

患者ID			
氏名			性別
生年月日	年	月	日

診療録等の開示申請書

年 月 日

日本赤十字社医療センター院長 様

〒

住 所 _____

フリガナ氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____

次のとおり、診療録等の開示を申請します。

内容※	(1) 入・外区分	①入院	②外来	
	(2) 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	(3) 診 療 科	科		
	(4) 開 示 内 容	①診療録	②フィルム	
希望する開示の方法※	(1) コピー (2) 閲覧 (3) 口頭による説明			
希望する開示日	年 月 日 ~ 年 月 日 (1ヶ月以内)			
法定代理人・ 家族が開示を 請求する場合	患者氏名	フリガナ氏名		
	患者の住所	〒		
	電話番号	TEL ()		
	本人の状況※	(1) 未成年者 15 歳未満		(3) 成年被後見人等
		(2) 未成年者 15 歳以上		(4) その他 ()
患者本人から開示を託された状況				

注1 ※の欄は、該当するものを○で囲んで下さい。

注2 申請の際には、申請者本人であることを証明する書類（運転免許証、旅券、健康保険証等）を確認致します。

注3 法定代理人・家族が開示を申請する場合は、注2の書類のほか、資格・家族関係を証明する書類（戸籍謄本等）を確認致します。

次の欄は記入する必要はありません。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他		
確認した記号番号		担当箇所	病歴事務室
備考			

委任状

私は、

(代理人氏名) _____ (患者本人との関係: _____)

(住所) _____

(電話番号) _____

を代理人として、次の事項を委任します。

記

私に関する診療録等の閲覧・要約書などを申請し、写しなどの交付を受ける件

年 月 日

委任者・患者本人 住所 _____

患者様が自分で
お書きください。



氏名 _____ ⑩

生年月日 _____ 年 月 日生

(注) 委任状のほかに、患者様と代理人との関係を証明するものの提出を求められることがあります。