

診療記録開示請求書

20 年 月 日

日本赤十字社医療センター 院長 殿

【請求者】

住 所 〒 _____

フリガナ氏名 _____

電話番号 _____ ※日中に連絡可能な電話番号

患者との関係 本人 本人以外 (患者との関係 _____)

次のとおり、診療記録等の開示を請求します。

【開示を希望する患者】

フリガナ氏名	診察券の番号
生年月日(西暦) 年 月 日	
住 所 〒	
電話番号	※日中に連絡可能な電話番号

【開示を希望する診療記録の内容】

1. 診療科	
2. 開示期間 外来 年 月 日 ~ 年 月 日 入院 年 月 日 ~ 年 月 日	
3. 診療記録内容 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 病理所見 <input type="checkbox"/> 画像所見 <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> すべて	
4. 開示方法 <input type="checkbox"/> 記録の複写(コピー) <input type="checkbox"/> 院内での記録の閲覧 <input type="checkbox"/> 医師からの口頭による説明	
5. 希望媒体 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD	6. その他

- 注1 診療録(紙)の法的保管期限は5年です。フィルム等の法的保管期限は3年です。
- 注2 請求の際には請求者本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等)をご提示ください。
- 注3 法定代理人・家族が開示を請求する場合は注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)をご提示ください。
- 注4 開示にかかるご料金は料金表(別紙)をご覧ください。

※事務処理欄 (以下の欄は当センターで記入します)

請求者本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 運転免許証(両面) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真の面) <input type="checkbox"/> 健康保険証(両面) <input type="checkbox"/> 旅券(顔写真付および所持人記入欄のページ) <input type="checkbox"/> その他()
請求者資格確認書類 ※請求者が患者本人以外	<input type="checkbox"/> 委任状(同意書) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真の面) <input type="checkbox"/> 健康保険証(両面) <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他()

【記入例】

診療記録開示請求書

2025年3月1日

日本赤十字社医療センター 院長 殿

【請求者】

住所 〒150-8935 東京都渋谷区広尾4-1-22

フリガナ ニッセキ ハナコ
氏名 日赤 花子

電話番号 03-3400-1311 ※日中に連絡可能な電話番号

患者との関係 本人 本人以外 (患者との関係 妻)

次のとおり、診療録等の開示を請求します。

【開示を希望する患者】

フリガナ 氏名	ニッセキ タロウ 日赤 太郎	診察券の番号	99999999
生年月日(西暦)	2000年11月1日		
住所	〒150-8935 東京都渋谷区広尾4-1-22		
電話番号	03-3400-1311	※日中に連絡可能な電話番号	

【開示を希望する診療記録の内容】

1. 診療科	血液内科		
2. 開示期間(西暦)	外来 年 月 日 ~ 年 月 日 入院 2024年4月25日 ~ 2024年5月10日		
3. 診療記録内容	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 病理所見 <input type="checkbox"/> 画像所見 <input type="checkbox"/> 画像データ <input checked="" type="checkbox"/> すべて		
4. 開示方法	<input checked="" type="checkbox"/> 記録の複写(コピー) <input type="checkbox"/> 院内での記録の閲覧 <input type="checkbox"/> 医師からの口頭による説明		
5. 希望媒体	<input type="checkbox"/> 紙 <input checked="" type="checkbox"/> CD	6. その他	

注1 診療録(紙)の法的保管期限は5年です。フィルム(法的保管期限は3年)です。

注2 請求の際には請求者本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等)をご提示ください。

注3 法定代理人・家族が開示を請求する場合は注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)をご提示ください。

注4 開示にかかるご料金は料金表(別紙)をご覧ください。

※事務処理欄(以下の欄は当センターで記入します)

請求者本人確認書類等	<input type="checkbox"/> 運転免許証(両面) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真の面) <input type="checkbox"/> 健康保険証(両面) <input type="checkbox"/> 旅券(顔写真付および所持人記入欄のページ) <input type="checkbox"/> その他()		
請求者資格確認書類 ※請求者が患者本人以外	<input type="checkbox"/> 委任状(同意書) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真の面) <input type="checkbox"/> 健康保険証(両面) <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他()		