

診療録等の開示請求書

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）

メールアドレス @

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	※請求者と同様の場合は不要	診察券の番号	
生年月日(西暦)	年 月 日		
住 所 〒	※請求者と同様の場合は不要		
電話番号	※請求者と同様の場合は不要		

【開示を希望する診療記録の内容】

1. 診療科			
2. 開示期間 (西暦)	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"/> 在留カード
	<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	<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"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 在留カード
※請求者が患者本人以外	<input type="checkbox"/> その他()

【記入例】

診療録等の開示請求書

2025年12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)

メールアドレス nissekii@med.jrc.or.jp

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	請求書者と同じ場合は記入不要です。 請求者と同様の場合は不要	診察券の番号	99999999
生年月日(西暦)	2000 年 11 月 1 日		
住 所	請求書者と同じ場合は記入不要です。	※請求者と同様の場合は不要	
電話番号	請求書者と同じ場合は記入不要です。	※請求者と同様の場合は不要	

【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"/> 在留カード <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"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()