

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
	入院	年	月	日	～	年	月
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
※請求者が患者本人以外	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 在留カード

【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	<u>血液内科</u>							
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	<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
※請求者が患者本人以外	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 在留カード