

(一般用)

診療録開示申請書

医療法人橘会 東住吉森本病院 院長 殿

申請書記入日： 年 月 日

フリガナ：

患者氏名： 氏

患者番号：

患者住所：

大正 昭和 平成
令和 西暦

生年月日： 年 月 日

電話番号： - -

連絡先： - -

※日中連絡可能な電話番号の記入をお願いいたします。(携帯電話可)

診療記録開示【謄写】の申請範囲

☐全診療録 ※外来診療録、入院診療録、放射線画像（レントゲン・CT・MRI等）の全てが含まれます。

☐一部診療録 《対象期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 》

☐外来診療録 ☐入院診療録 ☐放射線画像

☐そ の 他 ()

申請理由 ※差し支えなければご記入ください。未記入でのご提出も可能です。

()

申請者

フリガナ：

申請者氏名： 氏

※患者様本人が申請者の場合、以下*は記入不要です。

氏

*申請者住所：

*電話番号： - -

*連絡先： - -

※日中連絡可能な電話番号の記入をお願いいたします。(携帯電話可)

申請者との患者様との関係

- ☐ ① 患者本人
☐ ② 親族・遺族（3親等内または判断能力に疑義のある患者の世話をしている者）
☐ ③ 法定代理人（成年後見人、未成年後見人等）
☐ ④ その他 ()

《注》 1.閲覧以外は有料になります。

2.診察が完了して5年以内の申請となります。

受領者署名欄

※申請時は上記太枠内のみ、ご記入をお願い致します。

申請の通り、診療記録開示の資料を受領しました。

年 月 日

受領者氏名：

===病院使用欄=====

申請者人確認欄

運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード
その他 ()

申請者格確認欄

住民票 戸籍謄本・抄本
その他 ()