

※記入例

診療記録等の開示申込書

No \_\_\_\_\_

松波総合病院・まつなみ健康増進クリニック  
病院長・クリニック長 殿

↓記入をお願い致します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

↑記入日をお願い致します。

患者氏名 (本人の場合 直筆)	氏名 _____ 生年月日 M. T. S. H. R 年 ____月 ____日 住所 _____ 電話番号 (____) - (____) - (____)
--------------------	---

次のとおり、診療記録等の開示を請求します。

↓記入をお願い致します。患者本人の場合は( )に○、氏名及び、患者様との関係に「本人」とご記入下さい。

1 申請者 (該当に○を記入)

( ) ①患者本人

( ) ②代理人・法定代理人 (②は下記へ記載してください)

\* 身分証明書(免許証等)の提出をお願いいたします

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 (\_\_\_\_) - (\_\_\_\_) - (\_\_\_\_)

代理人理由 \_\_\_\_\_

患者様との関係 \_\_\_\_\_

\* ②代理人による請求の場合には、下記の添付が必要です

- ・患者本人の意思が確認できる委任状
- ・患者本人との関係が証明できるもの(戸籍謄本)

※申請者が患者本人である場合は、申請者欄の住所、電話番号は記入する必要はありません。

2 開示の方法 (□にチェックしてください)

☐ 閲覧 ↓□にレ点をご記入下さい。

☒ 写しの交付 (□ 修正履歴含む)

※電子カルテの修正履歴  
「修正履歴含む」場合、修正前と修正後の  
両方を印字したものを交付します。

※修正履歴を含めると、含まない場合に比べ印刷枚数が多くなります。

☐ その他(\_\_\_\_) (必要に応じ要諸経費)

\* 「郵送のため、立会いによる原本と複写との照合できないことに同意します。」

サインをお願い致します。→ \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 印

3 開示請求の範囲

科	年	月	日	～	年	月	日
科	年	月	日	～	年	月	日
科	年	月	日	～	年	月	日

↑科は未記入でも結構です。

※申請後キャンセルされる場合は3日以内をお願い致します。  
それ以降のキャンセルの場合、手数料3,000円(税抜)をいただきますのでご了承下さい。  
※治療の遂行上等、ご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください。