【様式１】

年　　月　　日

診　療　記　録　開　示　申　請　書

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

開示の必要な患者さん	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ｾｲ)		(ﾒｲ)
	氏　　名			
	ＩＤ番号			
	住　　所			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生（　　歳）		
	電話番号	ー　　ー		
申　請　者（上記と同じ場合は記入不要）	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ｾｲ)		(ﾒｲ)
	氏　　名			
	続　　柄	（患者さんとの関係）		
	住　　所			
	電話番号	ー　　ー		

診療記録（該当箇所に○をつけて下さい。）	内　　容	複写	閲覧	開示期間、内容、部位等
	診療録			
	処方記録			
	看護記録			
	リハビリ記録			
	手術記録			
	検査記録			
	画像診断記録			
	紹介状			
	退院要約			
	診療報酬明細書			
	以下、B型肝炎訴訟の場合記入			
	B型肝炎表紙			
	B型肝炎不存在証明			

閲覧希望日（複写のみの場合は不要）	月　　日　時間（　　）

※　以下、病院使用欄	
１　本人確認方法等	運転免許証、健康保険証、ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ、戸籍謄本、住民票 その他（　　）
	複写の添付
２　添付書類	委任状、戸籍謄本、住民票の写し、除籍謄本 弁護士身分証明書　　その他（　　）

処理欄	病　院　長		主治医	受　付
診療情報管理課	許　可	不許可　　（理由）		
／	／	／	／	／