（ 様 式 1 ）

診療記録等の開示申込書

一橋病院　院長　殿

診療記録等の開示を受けたい患者	患 者 番 号		
	(フリガナ)	(姓)	(名)
	患 者 氏 名		
	生 年 月 日	西暦　　年　　月　　日 生	
	住　　所		
	電 話 番 号		

			診療日・部位等	複写	閲覧
開示を希望する記録 （該当する箇所に〇を記入してください）	1 診療経過の要約書				
	2 診療録（カルテ）				
	3 検査記録、検査成績表				
	4 エックス線写真				
	5 CT・MRI画像				
	その他				

閲覧希望日 （複写のみの希望の場合は記入不要）	第 1 希 望	月　　日　　午前　・　午後
	第 2 希 望	月　　日　　午前　・　午後
	第 3 希 望	月　　日　　午前　・　午後
	（　　）特 に 希 望 な し	

私は、上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

年　　月　　日

申請者

氏　　名

患者との関係

申請者が本人の場合は記入不要

住　　所

電話番号

（本人同意書）

私は、上記の通り、申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者または関係者 （自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

関係者の方は、下記の該当するものに〇をつけてください。

（本人・代理権を与えられた親族・親族もしくは縁故者・法定代理人）

（当院使用欄）

受付	管理者の決算			主治医の意見			実施記録		費用		確認
月	開示	保留	開示不可	同意	不同意	取れず	発送	立会い	不要	収受済	月

（ 様 式 1 ）

記入例 ①
（患者様ご本人申請の場合）

診療記録等の開示申込書

一橋病院　院長　殿

診療記録等の開示を受けたい患者	患者番号	1234567	
	(フリガナ)	(姓) コダイラ	(名) タロウ
	患者氏名	小 平	太 郎
	生年月日	西暦 1980 年 5 月 15 日 生	
	住所	東京都小平市学園西町1-2-3	
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

		診療日・部位等	複写	閲覧
開示を希望する記録 （該当する箇所に〇を記入してください）	1 診療経過の要約書			
	(2) 診療録（カルテ）	R2年 8月～	〇	
	(3) 検査記録、検査成績表	R2年 8月～		〇
	(4) エックス線写真	R2年 8月～	〇	
	(5) CT・MRI画像	R2年 8月～	〇	
	その他			

閲覧希望日 （複写のみの希望の場合は記入不要）	第 1 希 望	4 月 15 日 (午前) ・ 午後
	第 2 希 望	4 月 18 日 午前 ・ (午後)
	第 3 希 望	4 月 25 日 (午前) ・ 午後
	（　　）特に希望なし	

私は、上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

2021 年 8 月 1 日

申請者

氏　名

患者との関係

申請者が本人の場合は記入不要

住　所

電話番号

（本人同意書）

私は、上記の通り、申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者または関係者（自署）　小平 太郎

関係者の方は、下記の該当するものに〇をつけてください。

（本人・代理権を与えられた親族・親族もしくは縁故者・法定代理人）

（当院使用欄）

受付	管理者の決算			主治医の意見			実施記録		費用		確認
月	開示	保留	開示不可	同意	不同意	取れず	発送	立会い	不要	収受済	月

（ 様 式 1 ）

記入例 ②
（患者様ご家族申請の場合）

診療記録等の開示申込書

一橋病院 院長 殿

診療記録等の開示を受けたい患者	患者番号	1234567	
	(フリガナ)	(姓) コダイラ	(名) タロウ
	患者氏名	小 平	太 郎
	生年月日	西暦 1980 年 5 月 15 日 生	
	住所	東京都小平市学園西町1-2-3	
	電話番号	090-○○○○-○○○○	

		診療日・部位等	複写	閲覧
開示を希望する記録 （該当する箇所に○を記入してください）	1 診療経過の要約書			
	(2) 診療録（カルテ）	R2年 8月～	○	
	(3) 検査記録、検査成績表	R2年 8月～		○
	(4) エックス線写真	R2年 8月～	○	
	(5) CT・MRI画像	R2年 8月～	○	
	その他			

閲覧希望日 （複写のみの希望の場合は記入不要）	第 1 希 望	4 月 15 日 (午前) ・ 午後
	第 2 希 望	4 月 18 日 午前 ・ (午後)
	第 3 希 望	4 月 25 日 (午前) ・ 午後
	（ ）特に希望なし	

私は、上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

2021 年 8 月 1 日

申請者 申請者が本人の場合は記入不要	氏 名	小平 花子
	患者との関係	長 女
	住 所	東京都小平市学園本町1-2-24
	電話番号	090-○○○○-○○○○

（本人同意書）

私は、上記の通り、申請者 小平 花子 に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者または関係者 （自署） 小平 太郎

関係者の方は、下記の該当するものに○をつけてください。

（本人・代理権を与えられた親族・親族もしくは縁故者・法定代理人）

（当院使用欄）

受付	管理者の決算			主治医の意見			実施記録		費用		確認
月	開示	保留	開示不可	同意	不同意	取れず	発送	立会い	不要	収受済	月

（ 様 式 1 ）

記入例 ③
（関係第三者申請の場合）

診療記録等の開示申込書

一橋病院　院長　殿

診療記録等の開示を受けたい患者	患者番号	1234567	
	(フリガナ)	(姓) コダイラ	(名) タロウ
	患者氏名	小 平	太 郎
	生年月日	西暦 1980 年 5 月 15 日 生	
	住所	東京都小平市学園西町1-2-3	
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

		診療日・部位等	複写	閲覧
開示を希望する記録 （該当する箇所に〇を記入してください）	1 診療経過の要約書			
	(2) 診療録（カルテ）	R2年 8月～	〇	
	(3) 検査記録、検査成績表	R2年 8月～		〇
	(4) エックス線写真	R2年 8月～	〇	
	(5) CT・MRI画像	R2年 8月～	〇	
	その他			

閲覧希望日 （複写のみの希望の場合は記入不要）	第 1 希 望	4 月 15 日 (午前) ・ 午後
	第 2 希 望	4 月 18 日 午前 ・ (午後)
	第 3 希 望	4 月 25 日 (午前) ・ 午後
	（　）特に希望なし	

私は、上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

2021 年 8 月 1 日

申請者 申請者が本人の場合は記入不要	氏　名	弁護士法人 〇〇事務所 弁護士 国分寺 一郎
	患者との関係	代理人
	住　所	東京都国分寺市南町3-4-309
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

（本人同意書）

私は、上記の通り、申請者＿＿国分寺 一郎＿＿に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者または関係者（自署）　小平 花子

関係者の方は、下記の該当するものに〇をつけてください。

（本人・代理権を与えられた親族・親族もしくは縁故者・法定代理人）

（当院使用欄）

受付	管理者の決算			主治医の意見			実施記録		費用		確認
月	開示	保留	開示不可	同意	不同意	取れず	発送	立会い	不要	収受済	月