（別紙　1）

診療記録等の開示申請書

病院長　殿

（患者登録№.　　）

病院使用欄	
出力者	確認者
担当者サイン	

診療記録等の開示を受けたい患者	フリガナ 患者氏名		生年月日 年　月　日生
	住　所		
希望する開示方法 （希望する項目に○）	口頭による説明　・　説明書の交付　・　複写の交付		
開示希望診療科	科	入 院　・　外 来	
開示希望対象期間	年　月　日 ～　年　月　日		
開示を希望する診療の内容 （希望する項目に○）	診療記録の項目	範　囲	
	診療録（カルテ）	全て・一部（　　）・不要	
	看護記録等	全て・一部（　　）・不要	
	一般検査記録	全て・一部（　　）・不要	
	生理検査記録	全て・一部（　　）・不要	
	画像記録	全て（CD）　・　不要	
	手術・麻酔記録	全て　・　不要	
	そ　の　他	全て・一部（　　）・不要	

私は、上記のとおり診療記録等の開示を希望します。

なお、開示する診療の内容は、私（患者）が自らの目的に使用するものであり、プライバシー保持のため、提供された情報は自己の責任において管理いたします。

年　　月　　日

申　請　者　　氏　　名　　㊞

患者との関係

住　　所

電 話 番 号

［注］この申請書は診療情報管理科へ提出　受付時間　8：30～17：00