

診療記録等開示申請書

申請日：西暦 年 月 日

医療法人社団サンクファイレ
下北沢整形外科リウマチ科クリニック
院長 植田進一朗 殿

下記の通り、診療記録等の開示を申請いたします。

申請者氏名（自著） _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

（日中連絡の取れる連絡先）

患者様との関係 _____

1. 診療記録等の開示を受けたい患者様の情報

申請者が患者様ご本人様の場合は、以下の□に✓を入れていただき、氏名、住所、電話番号の記入は省略いただいて結構です。生年月日以降につき、ご記入ください。

□患者様氏名、住所、電話番号は、上記申請者氏名、住所、電話番号と同じです。

（ふりがな）

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別 女性 男性

2. 開示を受けたい資料等について

開示を希望される資料等全てに✓を入れていただき、希望される期間をご記入ください。

- 診療記録（カルテ）
- 診療記録の要約書
- 検査記録、検査成績表
- 画像：X線・CT・MRI・超音波
- 医師による口頭説明
- その他（ _____ ）

上記資料につき、

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

までの期間の資料等の開示を希望します。

3. 写し等の受領方法

資料の写し等について希望される受領方法に✓を入れてください。

- 郵送による受領
- 来院による受領

以上

<当院使用欄>

※以下は当院記入欄ですので申請者様のご記入は不要です。

開示申請者様本人確認方法	
一つでよいもの	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 写真付マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
二つ必要なもの A+A OR A+B	【A】 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 共済組合員証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 開示請求に押印した印鑑の印鑑証明書 【B】 <input type="checkbox"/> 会社の身分証明書または学生証 (氏名および住所または生年月日が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 公的機関が発行した資格証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()