

# 診療情報開示申請書

新座志木中央総合病院 院長殿 年 月 日  
(※西暦も可)

住所	〒
申請者氏名	
電話番号	/ 第二連絡先
患者との関係	/ <input type="checkbox"/> 本人

※第二連絡先は、必要な場合のみ。

下記の記録を申請いたします。

フリガナ	
患者氏名	/ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
生年月日	大正・昭和・平成・令和 / 西暦 年 月 日
住所	〒 / <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
電話番号	/ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ

## 開示申請をする記録

①	診療記録 (入院) 診療科 ( ) ・ 全て 看護記録含む 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
②	診療記録 (外来) 診療科 ( ) ・ 全て 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
③	画像記録 診療科 ( ) ・ 全て 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
④	検査記録 診療科 ( ) ・ 全て 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
⑤	その他 ( ) 診療科 ( ) ・ 全て 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

※病院記入欄

※管理者については、必要な場合のみ。

受付	診療部長 / 主治医	管理者	不受理 (理由)
/	/	/	/
備考			

受渡方法

- 郵送： / / ※到着日  
 窓口： / 受取サイン

# 診療情報開示申請書

記入例①

令和 3 年 8 月 20 日

新座志木中央総合病院 院長殿

(※西暦も可)

住所	〒 352-0001 埼玉県新座市東北1-7-2
申請者氏名	新座 太郎
電話番号	048-474-7211 / 第二連絡先 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
患者との関係	/ <input checked="" type="checkbox"/> 本人

※第二連絡先は、必要な場合のみ。

下記の記録を申請いたします。

フリガナ	
患者氏名	/ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
生年月日	大正・昭和 平成・令和 / 西暦 48 年 6 月 22 日
住所	〒 / <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
電話番号	/ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ

## 開示申請をする記録

①	診療記録 (入院) 診療科 ( 整形外科 ) ・ 全て 看護記録含む 期間： R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 4 月 14 日
②	診療記録 (外来) 診療科 ( 同上 ) ・ 全て 期間： R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 7 月 29 日
③	画像記録 診療科 ( 同上 ) ・ 全て 期間： R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 7 月 29 日
④	検査記録 診療科 ( 同上 ) ・ 全て 期間： R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 7 月 29 日
⑤	その他 ( ) 診療科 ( ) ・ 全て 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

※病院記入欄

※管理者については、必要な場合のみ。

受付	診療部長 / 主治医	管理者	不受理 (理由)
/	/	/	/
備考			

受渡方法

郵送： / / ※到着日

窓口： / 受取サイン

# 診療情報開示申請書

記入例②

令和 3 年 8 月 20 日

新座志木中央総合病院 院長殿

(※西暦も可)

住所	〒 166-0000 東京都杉並区〇〇 1-▲
申請者氏名	新座 次郎
電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 / 第二連絡先 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
患者との関係	弟 / <input type="checkbox"/> 本人

※第二連絡先は、必要な場合のみ。

下記の記録を申請いたします。

フリガナ	ニイザ タロウ
患者氏名	新座 太郎 / <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
生年月日	大正・昭和 平成・令和 / 西暦 48 年 6 月 22 日
住所	〒 352-0001 埼玉県新座市東北1-7-2 / <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
電話番号	048-474-7211 / <input type="checkbox"/> 申請者と同じ

## 開示申請をする記録

①	診療記録 (入院) 診療科 ( 整形外科 ) ・ 全て 看護記録含む 期間: R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 4 月 14 日
②	診療記録 (外来) 診療科 ( 同上 ) ・ 全て 期間: R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 7 月 29 日
③	画像記録 診療科 ( 同上 ) ・ 全て 期間: R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 7 月 29 日
④	検査記録 診療科 ( 同上 ) ・ 全て 期間: R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 7 月 29 日
⑤	その他 ( ) 診療科 ( ) ・ 全て 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

※病院記入欄

※管理者については、必要な場合のみ。

受付	診療部長 / 主治医	管理者	不受理 (理由)
/	/	/	/
備考			

受渡方法

郵送: / / ※到着日

窓口: / 受取サイン

# 診療情報開示申請書

記入例③

令和 3 年 8 月 20 日

新座志木中央総合病院 院長殿

(※西暦も可)

住所	〒 103-0000 東京都中央区〇〇 1-◇
申請者氏名	弁護士法人 〇〇〇〇法律事務所 弁護士 戸田 志木子
電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 / 第二連絡先
患者との関係	代理人 / <input type="checkbox"/> 本人

※第二連絡先は、必要な場合のみ。

下記の記録を申請いたします。

フリガナ	ニイザ タロウ
患者氏名	新座 太郎 / <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
生年月日	大正・昭和 平成・令和 / 西暦 48 年 6 月 22 日
住所	〒 352-0001 埼玉県新座市東北1-7-2 / <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
電話番号	048-474-7211 / <input type="checkbox"/> 申請者と同じ

## 開示申請をする記録

①	診療記録 (入院) 診療科 ( 整形外科 ) ・ 全て 看護記録含む 期間: R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 4 月 14 日
②	診療記録 (外来) 診療科 ( 同上 ) ・ 全て 期間: R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 7 月 29 日
③	画像記録 診療科 ( 同上 ) ・ 全て 期間: R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 7 月 29 日
④	検査記録 診療科 ( 同上 ) ・ 全て 期間: R3 年 4 月 1 日 ~ R3 年 7 月 29 日
⑤	その他 ( ) 診療科 ( ) ・ 全て 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

※病院記入欄

※管理者については、必要な場合のみ。

受付	診療部長 / 主治医	管理者	不受理 (理由)
/	/	/	/
備考			

受渡方法

郵送: / / ※到着日

窓口: / 受取サイン