

# 診療記録等開示申請書

社会福祉法人仁生社  
江戸川病院 院長殿  
メディカルプラザ江戸川 院長殿

私は、貴院が保有する下記の診療記録（カルテ）を開示していただきたく、開示費用に同意した上で申請いたします。

西暦 年 月 日

開示を受ける患者	患者ID	
	氏名	(フリガナ)
	住所	〒 -
	生年月日	明・大・昭・平・令 / 西暦 年 月 日
開示期間	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部（西暦 年 月 日～ 年 月 日）	
開示対象	<input type="checkbox"/> 江戸川病院： <input type="checkbox"/> 外来分 <input type="checkbox"/> 入院分	
	<input type="checkbox"/> メディカルプラザ江戸川	
診療科	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部（詳細： ）	
開示を希望する記録	<input type="checkbox"/> 診療記録	
	<input type="checkbox"/> 看護記録	
	<input type="checkbox"/> 検査結果： <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部（ ）	
	<input type="checkbox"/> 画像データ： <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部（ ）	
	<input type="checkbox"/> その他（詳細： ）	
開示方法	<input type="checkbox"/> 複写交付 <input type="checkbox"/> 閲覧	
開示申請者	氏名	(フリガナ) ※氏名は、記名押印または自署をお願いします
	患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（詳細： ） <input type="checkbox"/> 遺族（詳細： ） <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他（詳細： ）
	住所 <input type="checkbox"/> 同上	〒 -
	電話番号	
	受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口で受け取る <input type="checkbox"/> 郵送で受け取る
	製本	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	郵送先	※ 郵送先が「開示申請者」の住所と異なる場合は、こちらに記入してください 〒 -

※ 記載内容を訂正する場合は、二重線を引いたうえ、訂正印または署名をお願いします

## 【病院使用欄】

江戸川病院	受付者	事務長	主治医	部長	院長	所属長	対応記録
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

  

メディカルプラザ江戸川	受付者	マネージャー	主治医	部長	院長	所属長	対応記録
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日