

以下の記入例を参考に、申請書のご記入をお願い致します。
修正液、修正テープ、消えるボールペンは使用不可となっておりますので、ご注意ください。
また、記入内容に不備等がある場合は、再度ご記入いただくか、お電話にて確認させていただく場合があります。
ご不明点等ありましたら、江戸川病院 診療情報管理課（TEL：03-3673-1221）まで、お問い合わせください。

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

記入例

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 2023 年 7 月 1 日

開示を受ける患者	患者ID	12345678（ご不明の場合は、病院側で記入させていただきます）	
	氏名	(フリガナ) エドガワ タロウ 江戸川 太郎	
	住所	〒 133 - 0052 東京都江戸川区東小岩2-24-18	
	生年月日	明・大・昭・平・令 / 西暦 55 年 2 月 10 日	
開示期間	<input type="checkbox"/> すべて <input checked="" type="checkbox"/> 一部（西暦 2020 年 5 月 1 日～ 2023 年 12 月 15 日）		
開示対象	<input checked="" type="checkbox"/> 江戸川病院： <input type="checkbox"/> 外来分 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部（詳細： 整形外科、消化器内科）		
開示を希望する記録	<input checked="" type="checkbox"/> 診療記録		
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護記録		
	<input checked="" type="checkbox"/> 検査結果： <input checked="" type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部		
	<input checked="" type="checkbox"/> 画像データ： <input checked="" type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部		
<input type="checkbox"/> その他（詳細：）			
開示方法	<input checked="" type="checkbox"/> 複写交付 <input type="checkbox"/> 閲覧		
開示申請者	氏名	(フリガナ) エドガワ ジロウ ※氏名は、記名押印または自署をお願いします 江戸川 次郎	
	患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族（詳細： 息子） <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	〒 132 - 0000 東京都江戸川区〇〇〇1-23-45	
	電話番号	090-XXXX-XXXX	
	受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口で受け取る <input checked="" type="checkbox"/> 郵送で受け取る	
	製本	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" 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 開示申請者以外の住所に郵送を希望される場合は、必ずこちらにご記入ください	

作成済みの意見書や診断書等、項目にない記録をご希望の方は、こちらに記入してください。

ご希望があればカルテを製本してお渡することも可能です。ご希望の有無を選択してください。

※ 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

※画像データ・・・CT検査やMRI検査等で撮影した部位を画像で示したもの。
※診療報酬明細書（レセプト）をご希望の場合は、加入されている保険者へお問い合わせください。