

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	☐ すべて ☒ 一部（西暦 2020 年 5 月 1 日～ 2023 年 12 月 15 日）		
開示対象	☒ 江戸川病院： ☐ 外来分 ☒ 入院分		
	☐ メディカルプラザ江戸川		
診療科	☐ すべて ☒ 一部（詳細： 整形外科、消化器内科）		
開示を希望する記録	☒ 診療記録		
	☒ 看護記録		
	☒ 検査結果： ☒ すべて ☐ 一部（		
	☒ 画像データ： ☒ すべて ☐ 一部（		
	☐ その他（詳細：		
開示方法	☒ 複写交付 ☐ 閲覧		
開示申請者	氏名	(フリガナ) エドガワ ジロウ 江戸川 次郎 ※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	☐ 本人 ☒ 親族（詳細： 息子） ☐ 遺族（詳細：	
		☐ 代理人 ☐ その他（詳細：	
	住所 ☐ 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	☐ 窓口で受け取る ☒ 郵送で受け取る	
	製本	☐ 希望する ☒ 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		

※ 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。