

診療情報開示申請書

20 年 月 日

社会医療法人柏葉会 札幌柏葉会病院 病院長 殿

【申請者】

住 所 〒

フリガナ
氏 名

電話番号 ※日中に連絡可能な電話番号

患者との関係 ☐ 本人 ☐ 本人以外（患者との関係）

次のとおり、診療録等の開示を申請します。

【開示を希望する患者】 ※申請者と同じ場合は記載不要

フリガナ 氏 名	診察券の番号
生年月日(西暦)	年 月 日
住 所 〒	
電話番号	※日中に連絡可能な電話番号

【開示を希望する診療記録の内容】

1. 診療科	
2. 開示期間	外来 年 月 日 ~ 年 月 日 入院 年 月 日 ~ 年 月 日
3. 診療記録内容 ☐ 診療録 ☐ 手術記録 ☐ 看護記録 ☐ リハビリ記録 ☐ 各種検査結果 ☐ 画像データ	
4. 開示方法 ☐ 記録の複写(コピー) ☐ 院内での記録の閲覧	
5. 希望媒体 ☐ 紙 ☐ CD	6. その他

注1 診療録(紙)の法的保管期限は5年です。フィルム等の法的保管期限は3年です。

注2 申請の際には申請者本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等)をご提示ください。

注3 ご家族・法定代理人が開示を請求する場合は代理人選任書のほか、資格・家族関係を証明する書類(戸籍謄本等)をご提示ください。

※事務処理欄 (以下の欄は当室で記入します)

請求者本人確認書類等	☐ 運転免許証(両面) ☐ マイナンバーカード(顔写真の面) ☐ 健康保険証(両面) ☐ 旅券(顔写真付および所持人記入欄のページ) ☐ その他 ()
請求者資格確認書類 ※請求者が患者本人以外	☐ 代理人選任書 ☐ マイナンバーカード(顔写真の面) ☐ 健康保険証(両面) ☐ 住民票 ☐ 戸籍謄本 ☐ その他 ()

2025年8月改訂

【記入例】

診療情報開示申請書

2025年3月1日

社会医療法人柏葉会 札幌柏葉会病院 病院長 殿

【申請者】

住 所 〒062-0931 札幌市豊平区平岸1条12丁目1-25

氏 名 フリガナ 柏葉 花子

電話番号 011-876-9100 ※日中に連絡可能な電話番号

患者との関係 ☐ 本人 ☒ 本人以外（患者との関係 妻）

次のとおり、診療録等の開示を申請します。

【開示を希望する患者】 ※申請者と同じ場合は記載不要

氏 名	フリガナ 柏葉 太郎	診察券の番号	99999999
生年月日(西暦)	2000 年 11 月 1 日		
住 所	〒062-0931 札幌市豊平区平岸1条12丁目1-25		
電話番号	011-876-9100 ※日中に連絡可能な電話番号		

【開示を希望する診療記録の内容】

1. 診療科	脳神経外科		
2. 開示期間 (西暦)	外来 年 月 日 ~ 年 月 日 入院 2024 年 4 月 25 日 ~ 2024 年 5 月 10 日		
3. 診療記録内容	☐ 診療録 ☐ 手術記録 ☐ 看護記録 ☐ リハビリ記録 ☐ 各種検査結果 ☒ 画像データ		
4. 開示方法	☒ 記録の複写(コピー) ☐ 院内での記録の閲覧		
5. 希望媒体	☐ 紙 ☒ CD	6. その他	

注1 診療録(紙)の法的保管期限は5年です。フィルムの法的保管期限は3年です。

注2 申請の際には申請者本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等)をご提示ください。

注3 ご家族・法定代理人が開示を請求する場合は代理人選任書のほか、資格・家族関係を証明する書類(戸籍謄本等)をご提示ください。

※事務処理欄 (以下の欄は当室で記入します)

請求者本人確認書類等	☐ 運転免許証(両面) ☐ マイナンバーカード(顔写真の面) ☐ 健康保険証(両面) ☐ 旅券(顔写真付および所持人記入欄のページ) ☐ その他()
請求者資格確認書類 ※請求者が患者本人以外	☐ 代理人選任書 ☐ マイナンバーカード(顔写真の面) ☐ 健康保険証(両面) ☐ 住民票 ☐ 戸籍謄本 ☐ その他()

2025年8月改訂