

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 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> リハビリ記録 <input type="checkbox"/> 各種検査結果 <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 一切の記録	
4. 開示方法 <input type="checkbox"/> 記録の複写(コピー) <input type="checkbox"/> 院内での記録の閲覧	
5. 希望媒体 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 運転免許証(両面) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真の面) <input type="checkbox"/> 健康保険証(両面) <input type="checkbox"/> 旅券(顔写真付および所持人記入欄のページ) <input type="checkbox"/> その他()
請求者資格確認書類 ※請求者が患者本人以外	<input type="checkbox"/> 代理人選任書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真の面) <input type="checkbox"/> 健康保険証(両面) <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 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

フリガナ 氏名 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

フリガナ 氏名 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	<input type="checkbox"/> 診療録	<input type="checkbox"/> 看護記録	<input type="checkbox"/> リハビリ記録	<input type="checkbox"/> 各種検査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 画像データ	<input type="checkbox"/> 一切の記録								
4. 開示方法	<input checked="" type="checkbox"/> 記録の複写(コピー)	<input type="checkbox"/> 院内での記録の閲覧												
5. 希望媒体	<input type="checkbox"/> 紙	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 運転免許証(両面)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真の面)	<input type="checkbox"/> 健康保険証(両面)	
	<input type="checkbox"/> 旅券(顔写真付および所持人記入欄のページ)	<input type="checkbox"/> その他()		
請求者資格確認書類	<input type="checkbox"/> 代理人選任書	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真の面)	<input type="checkbox"/> 健康保険証(両面)	<input type="checkbox"/> 住民票
※請求者が患者本人以外	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> その他()		

2025年8月改訂