（様式１）

診療録等開示申請書（記入例）

診療情報の提供を受けたい患者	フリガナ	（姓）ニ シ オ	（名）タ ロ ウ
	氏　名	西 尾	太 郎
	カルテ番号	カルテ番号が分かる方は記入してください	
	住　所 （連絡先）	愛知県西尾市熊味町上泡原６ 電話番号（ 0563 ） 56 ー 3171	
	生年月日	1990 年 1 月 20 日生	
	診療科名	必要な診療科を記入してください	
	期間	□ 全期間（申請日まで） ☑ 2018年 3月 10日 ～ 2022年 5月 2日	
診療情報の提供を受けたい内容（該当又は希望する箇所に〇を記入し□てください。）	1．診療録　2．看護記録　(3.)検査記録 4．画像データ（撮影画像をCD-Rへコピーしたもの） (5.)その他（内容が特定できるよう具体的にご記入ください。） （診療録の修正履歴全て ） （ ） ※2010年3月以降は電子カルテの都合上、診療録の中に看護記録・検査記録の一部が印刷される場合がありますのでご了承ください。		

必ず日付を記入してください

どちらかにレ点を入れてください

１～５の該当するものに必ず〇を付けてください

※診療科名、期間、診療情報の提供を受けたい内容の項目部分に「別紙参照」等と記載がある場合、必要な診療情報の判断ができかねますので、当院に存在する全ての診療情報を提供することになります。

西尾市民病院長　　殿

私は、上記のとおり、診療に関する情報の提供を受けたいので申請します。

2025 年 1 月 9 日

フリガナ　ニシオ タロウ

申請者自署　氏　名　西尾 太郎

患者との関係　(患者本人)　親族等（　　）　法定代理人　その他（　　）

申請者が患者本人の場合には記載不要

住　所

電話番号（　　）　ー

代理人が申請する理由

申請者が患者本人ではない場合は、患者本人同意書欄を必ずご記入ください

（患者本人同意書）

私は、申請者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

患者本人自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿

注1） 申請の際、診察券および申請者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、マイナンバーカード、資格確認書、厚生年金手帳、住民票等、身分を証明できるもの）を提示してください。

注2） 親族等が申請する場合は、注1の書類の他、その資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本等）を提示してください。

注3） 提供された診療情報は、秘密保持の観点から、慎重に管理してください。

（様式１）

診療録等開示申請書（複数期間記入例①）

診療情報の提供を受けたい患者	フリガナ	（姓）ニ シ オ	（名）タ ロ ウ
	氏　名	西 尾	太 郎
	カルテ番号	カルテ番号が分かる方は記入してください	
	住　所 （連絡先）	愛知県西尾市熊味町上泡原６ 電話番号（ 0563 ） 56 － 3171	
	生年月日	1990 年 1 月 20 日生	
診療情報の提供を受けたい内容	診療科名	内科、外科	
	期間	□ 全期間（申請日まで） ☑ ① 2018年 3月 10日 ～ 2022年 5月 2日 ② 2023年 4月 1日 ～ 2024年 8月 10日	
	①診療録　2. 看護記録　③検査記録　1～5の該当するものに必ず〇を付けてください 4. 画像データ（撮影画像をCD-Rへコピーしたもの） 5. その他（内容が特定できるよう具体的にご記入ください。） （　　） （　　） ※2010年3月以降は電子カルテの都合上、診療録の中に看護記録・検査記録の一部が印刷される場合がありますのでご了承ください。		

期間①と②で同じ内容が必要な場合は該当するものに〇を付けてください

※診療科名、期間、診療情報の提供を受けたい内容の項目部分に「別紙参照」等と記載がある場合、必要な診療情報の判断ができかねますので、当院に存在する全ての診療情報を提供することになります。

（様式１）

診療録等開示申請書（複数期間記入例②）

診療情報の提供を受けたい患者	フリガナ	（姓）ニ シ オ	（名）タ ロ ウ
	氏　名	西 尾	太 郎
	カルテ番号	カルテ番号が分かる方は記入してください	
	住　所 （連絡先）	愛知県西尾市熊味町上泡原６ 電話番号（ 0563 ） 56 － 3171	
	生年月日	1990 年 1 月 20 日生	
	診療科名	全診療科	
	期間	□ 全期間（申請日まで） ☑ ① 2018年 3月 10日 ～ 2022年 5月 2日 ② 2023年 4月 1日 ～ 2024年 8月 10日	
	1. 診療録　2. 看護記録　3. 検査記録　1～5の該当するものに必ず〇を付けてください 4. 画像データ（撮影画像をCD-Rへコピーしたもの） ⑤その他（内容が特定できるよう具体的にご記入ください。） ①（ 診療録、検査記録 ） ②（ 外来診療録、医師退院サマリー（退院サマリーがない場合は入院診療録）、検査記録 ） ※2010年3月以降は電子カルテの都合上、診療録の中に看護記録・検査記録の一部が印刷される場合がありますのでご了承ください。		

期間①と②で異なる内容が必要な場合は「５．その他」を選択し、それぞれ必要なものの記載してください

※診療科名、期間、診療情報の提供を受けたい内容の項目部分に「別紙参照」等と記載がある場合、必要な診療情報の判断ができかねますので、当院に存在する全ての診療情報を提供することになります。

（様式１）

診療録等開示申請書（良くない記入例）

診療情報の提供を受けたい患者	フリガナ	（姓）ニ シ オ	（名）タ ロ ウ
	氏　名	西 尾	太 郎
	カルテ番号	カルテ番号が分かる方は記入してください	
	住　所 （連絡先）	愛知県西尾市熊味町上泡原６ 電話番号（ 0563 ） 56	
	生年月日	1990 年 1 月 20 日生	
	診療科名	内科（肝疾患に関するもの）	
診療情報の提供を受けたい内容（該当又は希望する		□ 全期間（申請日まで） □ 年 月 日 ～ 年 月 日 肝疾患に関する記録がある期間	
		1．診療録　2．看護記録　(3.)検査記録 4．画像データ（撮影画像をCD-Rへコピーしたもの） (5.)その他（内容が特定できるよう具体的にご記入ください。） （肝疾患に関する医療記録 （ ※2010年3月以降は電子カルテの都合上 れる場合がありますのでご了承ください。	

診療科以外は記載しないでください

必要な期間の判断ができかねます

必要な診療情報の判断ができかねます

この申請書を提出された場合、内科の全期間（申請日まで）の診療録、看護記録、検査記録、画像データを開示いたします

※診療科名、期間、診療情報の提供を受けたい内容の項目部分に「別紙参照」等と記載がある場合、必要な診療情報の判断ができかねますので、当院に存在する全ての診療情報を提供することになります。

西尾市民病院長　　殿

私は、上記のとおり、診療に関する情報の提供を受けたいので申請します。

2025 年 1 月 9 日

フリガナ　ニシオ　ハナコ

申請者自署　氏　名　西尾　花子

患者との関係　患者本人　親族等（　　）　法定代理人　(その他)（　任意代理人　）

申請者が患者本人の場合には記載不要

住　所　愛知県西尾市〇〇町1-2-3

電話番号（ 0563 ）　〇〇　－　〇〇〇〇

代理人が申請する理由

患者本人より、訴訟のための資料収

申請者が患者本人ではない場合は、患者本人同意書欄を必ずご記入ください

（患者本人同意書）

私は、申請者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

患者本人自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿

注1） 申請の際、診察券および申請者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、マイナンバーカード、資格確認書、厚生年金手帳、住民票等、身分を証明できるもの）を提示してください。

注2） 親族等が申請する場合は、注1の書類の他、その資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本等）を提示してください。

注3） 提供された診療情報は、秘密保持の観点から、慎重に管理してください。