

# 診療録等の開示申請書兼同意書

令和 年 月 日

熊本赤十字病院

院長 平田 稔彦 様

患者氏名  
(※自筆)

生年月日 大・昭 年 月 日  
平・令

住所 〒

電話番号 - -

登録番号

次のとおり、診療録等の開示を申請し、その際にかかる費用をお支払いすることに同意します。

1. 申請者 [ ] 本人

[ ] 本人以外の方

- └─ [ ] ① 親 族 →続柄 ( )  
└─ [ ] ② 法定代理人→続柄 ( )  
└─ [ ] ③ 任意後見人  
└─ [ ] ④ 現実にお世話をしている縁故者

申請者氏名  
(※自筆)

生年月日 大・昭 年 月 日  
平・令

住所 〒

電話番号 - -

2. 開示を請求する診療録等の範囲 (種類)

|        |  |
|--------|--|
| 申請期間   | (日付)<br>昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 (外来・入院)  |
| 希望媒体   | <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 電子(CD-R または DVD)               |
| 検査画像記録 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※開示媒体は CD-R または DVD となります。 |
| その他    |  |

3. 希望する開示の方法

- ① 閲覧                      ② 写しの交付                      ③ 要約書

※親族とは、6親等以内の血族、3親等以内の姻族のことを指す。  
※本人以外の方による開示申請の場合は患者本人の委任状が必要になります。(ただし患者が未成年の場合を除く)

## 診療録等の開示申請書兼同意書

申請日

令和 年 月 日

熊本赤十字病院

院長 平田 稔彦 様

今回開示する  
患者さんの情報患者氏名  
(※自筆)生年月日 大・昭 年 月 日  
平・令

住所 〒

電話番号 - -

登録番号：診察券番号

わからない場合は記載不要

登録番号

次のとおり、診療録等の開示を申請し、その際にかかる費用をお支払いすることに同意します。

1. 申請者 [ ] 本人  
[ ] 本人以外の方

どちらかに○をつけてください

本人以外の場合は  
いずれかに○をつけてください

- [ ] ① 親 族 →続柄 ( )  
[ ] ② 法定代理人→続柄 ( )  
[ ] ③ 任意後見人  
[ ] ④ 現実にお世話をしている縁故者

例) 配偶者、子、兄  
父、母 等

申請者の情報

申請者氏名  
(※自筆)

住所 〒

電話番号 - -

申請者が本人の場合、住所は『同上』で結構です  
電話番号は『第2連絡先』をご記入ください

## 2. 開示を請求する診療録等の範囲

注) 診療記録については最終来院日から原則 10 年保管しています

|        |   |
|--------|---|
| 申請期間   | (日付)<br>昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 (外来・入院)   |
| 希望媒体   | <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 電子(CD-R または DVD) <span style="border: 1px dashed red; padding: 2px;">希望媒体にチェック</span> |
| 検査画像記録 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※開示媒体は CD-R または DVD となります。  |
| その他    |   |

## 3. 希望する開示の方法

- ① 閲覧 ② 写しの交付 ③ 要約書

※親族とは、6親等以内の血族、3親等以内の姻族のことを指す。

※本人以外の方による開示申請の場合は患者本人の委任状が必要になります。(ただし患者が未成年の場合を除く)