

診療記録開示申請書

年 月 日

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
 病院長 殿

下記のとおり診療記録の開示を請求いたします

氏名(自署) _____ 印 _____

住所 _____

受診者との関係 _____

電話 _____

(日中連絡がとれる連絡先)

診療記録の 開示を受けたい 受診者	ふりがな		受診者ID番号
	受診者氏名		
	住 所	電話(日中連絡がとれる番号):	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 生	性 別 男・女

開示を希望する 番号に○をつけて 下さい。 ※すべての場合は ○は不要です	1. 診療記録(カルテ)	希望期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	
	2. 手術・麻酔記録	診療科: _____ 入院・外来	
	3. 検査記録・検査成績表		
	4. 画像:X線・CT・MRI・超音波	主治医: _____	
	5. 助産・看護記録		

開示を希望する理由(差し支えない範囲でご記入ください)

申込者本人確認方法

1つでよい	運転免許証 旅券 運転経歴証明書 写真付マイナンバーカード 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 在留カード 外国人登録証明書 他
2つ必要	(A)保険証 診療券 国民年金手帳 国民・厚生年金証書 介護保険被保険者証 他
A+AまたはA+B	(B)会社の身分証明書または学生証(氏名・住所または生年月日のもの) 公的機関が発行した写真付資格証明
申込者資格確認方法	戸籍謄本 住民票 家庭裁判所の証明書 その他、代理人関係を確認し得る書類