

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)

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 ください	1. 診療記録(カルテ)	希望期間:		
	2. 手術・麻酔記録	年 月 日 ~ 年 月 日		
	3. 検査記録・検査成績表	診療科:	入院 ・ 外来	
	4. 画像:X線・CT・MRI・超音波			
	5. CD-R(画像データ)			
	6. 助産・看護記録	主治医:		
備考欄				

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 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

開示終了確認欄

受領日 年 月 日

受領者(自署)

診療情報管理室