

《記載例》

診療録等に関する開示請求書

令和 7 年 4 月 1 日

むつ総合病院院長 様

請求者	氏 名	陸奥 太郎	印
	住 所	むつ市小川町一丁目2番8号	
	生年月日	昭和40 年 12 月 5 日 (49 才)	
	電話番号	0175 - 22 - 〇×△□	

私は、貴院が保有する次の個人情報の開示請求します。

開示対象者	氏 名	(フリガナ) ムツ タロウ 陸奥 太郎
	生 年 月 日	昭和 40 年 12 月 5 日 (49 才)
	カルテ番号	※診察券に記載された番号のことです。「27●●99-9」など
	住 所	むつ市小川町一丁目2番8号
	電 話 番 号	0175-22-〇×△□
	請求者との関係	① 本人 2 その他 ()
開 示 対 象	診 療 科 名	内科、整形外科、メンタルヘルス科
	期 間	平成 20 年 1 月 20 日～令和 6 年 12 月 2 日
	開示を希望する記録等	① カルテ ② 看護記録 ③ 検査記録 ④ エックス線写真 ⑤ その他 (1～4以外の全て)
	開 示 方 法	1 閲 覧 ② 写しの交付
注1 「請求者との関係」、「開示を希望する記録等」及び「開示方法」は、該当する番号を○で囲み、「その他」の場合は括弧内にその内容をご記入ください。 2 請求の際には、請求者本人であることを確認するために必要な書類等(運転免許証、パスポート、健康保険証、年金手帳など)を提示し、又は提出してください。 3 本人以外の方が請求する場合は、上記の証明書類の他、開示対象者との関係を証明する書類(戸籍謄本等)や代理人確認書又は委任状が必要です。 4 詳しくは、医事課にお尋ねください。		
※記入不要 ○本人確認： 1 運転免許証 2 パスポート 3 健康保険証 4 年金手帳 5 その他 () ○資格確認： 1 戸籍謄本 2 その他 ()		

院 長	担当医	事務局長	医事課長	担当者	受付日	受付者
					年 月 日	