

# 《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 - ○×△□**

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) <b>ムツ タロウ 陸奥 太郎</b>
	生年月日	<b>昭和 40 年 12 月 5 日 ( 49 才 )</b>
	カルテ番号	<b>※診察券に記載された番号のことです。「27●●99-9」など</b>
	住所	<b>むつ市小川町一丁目2番8号</b>
	電話番号	<b>0175-22-○×△□</b>
開示対象	請求者との関係	<b>① 本人 2 その他 ( )</b>
	診療科名	<b>内科、整形外科、メンタルヘルス科</b>
	期間	<b>平成 20 年 1 月 20 日 ~ 令和 6 年 12 月 2 日</b>
	開示を希望する記録等	<b>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 )</b>
	開示方法	<b>1 閲覧 ② 写しの交付</b>
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	