

〔様式第 1 号〕

診療記録等の開示請求書

日本医科大学武蔵小杉病院 院長殿

下記のとおり診療記録等の開示を請求いたします。

(ふりがな) 患者氏名		患者 ID	
生年月日	大正・昭和・平成・令和/西暦 年 月 日生		
診療科	☐ 全科 ☐ 科指定()		
開示請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※2021 年 9 月 1 日以降は電子カルテです。		
入院・外来区分	☐ 入院・外来 ☐ 入院 ☐ 外来		
診療記録等の種類	① 紙カルテ ☐ 全部 ☐ 診療記録 ☐ 看護記録 ☐ 検査記録 ② 電子カルテ ☐ 全部 ☐ 診療記録 ☐ 検査記録 ③ 放射線画像 ☐ CT、MRI、X 線撮影等 ※入院期間中は他科記録を含みます。		
開示方法	☐ 閲覧 ☐ 紙カルテ(紙媒体) ☐ 電子カルテ(紙媒体) ☐ 電子カルテ(CD-R) ☐ 放射線画像(CD-R)		
受取方法	☐ 来院 ☐ 郵送		
支払い方法	☐ 来院時窓口(現金) ☐ 口座振込		
医師立会い希望	☐ 有 ☐ 無 ※有の場合、医師面談料が発生します。		

上記事項に同意し請求いたします。

請求日	年 月 日
開示請求者	☐ 患者本人 ☐ 代理人 ☐ その他() (ふりがな) 氏名(自署) ④ 生年月日 年 月 日生 住所(〒 -) 連絡先(電話番号)① ② * 日中連絡がとれる番号を記入願います。
代理人の開示請求者は記入下さい	患者との関係 ()

※代理人の開示請求者は、委任状等が必要となります。

【問合せ先】

日本医科大学武蔵小杉病院 診療録管理室 開示担当

〒211-8533 神奈川県川崎市中原区小杉町 1-383

電話 044-733-5181 (内線) 2539

*提出書類はコピーを致しますので、ご了承下さい。

受 付	請求者確認
	☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 戸籍謄本・抄本 ☐ 個人番号カード (マイナンバーカード) ☐ その他

記入見本

[様式第1号]

診療記録等の開示請求書

日本医科大学武蔵小杉病院 院長殿

下記のとおり診療記録等の開示を請求いたします。

患者氏名、患者番号(ID)、生年月日を記入してください。

(ふりがな) 患者氏名	こすぎ たろう 小杉 太郎	患者 ID	12345678
生年月日	大正・昭和(平成)令和/西暦	××年	
診療科	☒ 全科 ☐ 科指定()		
開示請求期間	20××年 ○月 △日 ~ 20××年 ○月 △日 ※2021年9月1日以降は電子カルテです。		
入院・外来区分	☒ 入院・外来 ☐ 入院 ☐ 外来		
診療記録等の種類	① 紙カルテ ☐ 全部 ☒ 診療記録 ☐ 看護記録 ② 電子カルテ ☒ 全部 ☐ 診療記録 ☐ 検査記録 ③ 放射線画像 ☒ CT、MRI、X線撮影等 ※入院期間中は他科記録を含みます。		
開示方法	☐ 閲覧 ☒ 紙カルテ(紙媒体) ☒ 電子カルテ(紙媒体) ☐ 電子カルテ(CD-R) ☒ 放射線画像(CD-R)		
受取方法	☒ 来院 ☐ 郵送		
支払い方法	☒ 来院時窓口(現金) ☐ 口座振込		
医師立会い希望	☐ 有 ☒ 無 ※有の場合、医師面談料が発生します。		

診療科、開示請求期間、入院・外来区分を記入してください。

各項目の希望事項にチェックをお願いします。

受取方法が来院の方は、医師立会い希望の有無にチェックをお願いします。

上記事項に同意し請求いたします。

請求日	20××年 ○月 △日
開示請求者	☐ 患者本人 ☐ 法定代理人 ☒ 任意代理人 ☐ その他 (ふりがな) こすぎ はなこ 氏名(自署) 小杉 花子 生年月日 20××年 ○月 △日生 住所(〒211-0026) 川崎市中原区小杉町1丁目○○ 連絡先(電話番号)①×××-○○○○-△△△△②×××-○○○-△△△△ ※日中連絡がとれる番号を記入願います。
代理人の開示請求者は記入下さい	患者との関係 (妻)

・請求日
・請求者氏名(押印必須)
・請求者住所
・日中の連絡先
を必ず記入してください。

代理請求時は記入してください。

※代理人の開示請求者は、委任状等が必要となります。

【問合せ先】

日本医科大学武蔵小杉病院 診療録管理室 開示担当

〒211-8533 神奈川県川崎市中原区小杉町1-383

電話 044-733-5181(内線) 2539

*提出書類はコピーを致しますので、ご了承下さい。

受付	請求者確認
	☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 戸籍謄本・抄本 ☐ 個人番号カード (マイナンバーカード) ☐ その他