

診療録等開示の申請書

沖縄協同病院 院長殿

2025.11.12改訂
沖縄協同病院

【申請時記入欄】

○ 患者情報

※消せるペンでの記入はお控えください。

患者名		性別	生年月日	
フリガナ	男・女	M T S H R	年	月 日
氏名				
(住所)			ID(カルテ番号)	
〒				

○ 開示の内容(希望する事項の□ にチェックしてください。)

開示方法	☐ ・謄写(コピー)	☐ ・閲覧
記録の種類	☐ 下記記録全て	
	☐ ・診察記録(医師記録)	☐ ・退院時要約
	☐ ・看護記録	☐ ・画像記録(レントゲン・CT・MRI・超音波・内視鏡)
	経過表: ☐ 有り・ ☐ 無し	
	☐ ・手術関連記録	☐ ・検査記録
	☐ ・紹介状(当院発行分)	☐ ・書類(計画書/指示書・同意書/申込書・診断書など)
期間	年 月 日 ~ 年 月 日までの分	
その他		

○ 申込者情報

申込者(自筆)氏名		性別	患者様との関係	
フリガナ	男・女	1. 本人	2. 家族(続柄)	
氏名			3. その他()	
(住所)		※本人、法定代理人、法定相続人以外は委任状を添えてください		
〒		(電話番号)		
		・ 自宅または携帯		
		・ 職場		
本人確認・資格確認書類等	☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ 住民基本台帳カード ☐ 住民票(続柄有のもの)			
	☐ 戸籍謄本 ☐ 除籍謄本 ☐ その他 ()			

上記のとおり、診療録等の開示を申請します。

【受け取り時記入欄】

受取人(自筆)氏名		患者様との関係	
フリガナ	男・女	1. 本人 2. 家族(続柄)	
氏名		3. その他()	
(住所)		(電話番号)	
〒		・ 自宅または携帯	
		・ 職場	
本人確認書類等	☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ その他 ()		

【病院記入欄】

受付日	受付者	担当医確認日	院長確認日	診療情報管理室	料金	開示日/受渡日	医療事務課長
	印			印 印			印

●開示/受け渡し、料金徴収終了後に申請書をスキャナしてください。