

年 月 日

患者氏名					カルテ番号	
住所						
生年月日	年 月 日生		診療科	科		
	情報の種類		特定する事項等	期間	媒体	
	1	医師記録		～	紙・CD	
	2	看護記録		～	紙・CD	
	3	検査記録	採血 / 採尿 / 喀痰 / その他 ()	～	紙・CD	
	4	検査画像	XP/CT/MRI/ 超音波 / 内視鏡 / その他	～	CD	
	5	その他		～	紙・CD	
	☐ 医師による説明（面談）* ☐ 回答書作成 ☐ 閲覧					
受取希望*	埼玉石心会病院・さやま総合クリニック・さやま地域ケアクリニック					
特記事項						

私は、本人確認書類（☐運転免許証 ☐マイナンバーカード ☐健康保険の資格確認書 ☐その他_____
☐社員証）を添え、上記の通り診療情報の開示を申請します。

申請者電話 _____ 連絡のつきやすい時間帯：_____

・資格 ☐ 法定代理人 ☐ 現実に患者の世話を行っている親族又はそれに準ずる者（続柄：)
☐ その他 ☐ 保険会社

・申請者住所

- ・書類
- ☐ 申請者の本人確認書類
 - ☐ 家族関係の証明ができる書類（例：資格確認書、住民票、戸籍謄本）※本人の同意能力がない場合
 - ☐ 患者本人の委任状または同意書（3ヶ月以内のもの）
 - ☐ 申請者から当院への依頼状
 - ☐ 依頼元の保険会社から委託会社への委託書類 ※委託会社の場合

上記開示を受け取りました。 年 月 日

ご署名

会計担当	作成	事務部長・事務長	院長	診療情報管理委員会	主治医	診療情報管理課	受付
					月 日	月 日	月 日

診療情報開示申請書

〇〇 年 〇 月 〇 日

患者氏名	狭山 太郎		カルテ番号	1234567	
住所	埼玉県狭山市入間川 2-37-20				
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日生		診療科	〇〇〇 科	
	情報の種類		特定する事項等		媒体
	1	医師記録	入院分		紙・CD
	2	看護記録	入院分		紙・CD
	3	検査記録	採血 / 採尿 / 喀痰 / その他 ()		紙・CD
	4	検査画像	XP/CT/MRI / 超音波 / 内視鏡 / その他		CD
	5	その他			紙・CD
☐ 医師による説明（面談）* ☐ 回答書作成 ☐ 閲覧					
受取希望*	埼玉石心会病院・さやま総合クリニック・さやま地域ケアクリニック				
特記事項					

*面談から書類へ変更させていただく場合もございます。受取場所は必ずご記入ください。

私は、本人確認書類（☒運転免許証 ☐マイナンバーカード ☐健康保険の資格確認書 ☐その他_____
☐社員証）を添え、上記の通り診療情報の開示を申請します。

申請者（自署） **狭山 太郎** 完成連絡方法 ☒ SMS ☐ 電話

申請者電話 090 - 1234 - 5678 連絡のつきやすい時間帯： 13時

☆患者本人以外の申請の場合は、以下もご記入の上、申請資格書類を添えてご提出ください。

・資格 ☐ 法定代理人 ☐ 現実に患者の世話を行っている親族又はそれに準ずる者（続柄：)
☐ その他 ☐ 保険会社

・申請者住所

・書類 ☒ 申請者の本人確認書類
☐ 家族関係の証明ができる書類（例：資格確認書、住民票、戸籍謄本）※本人の同意能力がない場合
☐ 患者本人の委任状または同意書（3ヶ月以内のもの）
☐ 申請者から当院への依頼状
☐ 依頼元の保険会社から委託会社への委託書類 ※委託会社の場合

上記開示を受け取りました。 年 月 日

ご署名

会計担当	作成	事務部長・事務長	院長	診療情報管理委員会	主治医	診療情報管理課	受付
					月 日	月 日	月 日

2026 年 1 月作成