

西暦 年 月 日

診療情報開示請求書

芳賀赤十字病院 院長 様

私は、貴院が保有する下記の診療情報を開示請求します。

開示希望する患者	診 察 券 I D	
	フ リ ガ ナ 患 者 氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	〒
開示区分 (該当項目を○で囲む)	1. 謄 写 2. 閲 覧	
開示文書期間	(西暦) 年 月 日 ～ (西暦) 年 月 日	
開示を請求する記録等 (該当項目を○で囲む)	1. 診療記録すべて 2. 診療録 (カルテ) 3. 検査記録・検査報告 4. 画像 (X 線、CT・MRI、エコー) 5. その他 ()	
備考		

開 示 請 求 者	Ⓔ
氏 名 (自署)	
患 者 と の 関 係	
住 所	〒
電 話 番 号	— —

<以下、病院使用欄>

添 付 文 書	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 戸籍謄本 ☐ その他 ()
受 付 日	年 月 日