

記載例

<患者氏名>

患者番号	3333333-3	生年月日	1946. 5. 15
患者氏名	兵庫 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女

赤枠内記載をお願いします。

診療情報（カルテ等）開示依頼書

兵庫医科大学病院長殿

2026 年 4 月 1 日

<開示依頼者氏名>

郵便番号 663-8501

住所 兵庫県西宮市武庫川町1-1

(ふりがな) ひょうご はなこ

氏名(直筆) 兵庫 華子

電話番号(自宅) 0798 - 45 - 6111

電話番号(携帯) xxx - xxxx - xxxx

次のとおり診療情報（カルテ等）の開示を依頼致します。

開示を受けたい内容 ・希望科(部) ・希望する期間 *全開示希望の場合は全てと記載ください。	<input checked="" type="checkbox"/> [1] 内容記載	カルテ	整形外科(部) 入・外	2022年 4月 1日	～	2025年 12月 31日
		→	科(部) 入・外	年 月 日	～	年 月 日
			科(部) 入・外	年 月 日	～	年 月 日
	<input type="checkbox"/> [2] 全科記載不要		科(部) 入・外	年 月 日	～	年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/> (2) 画像 ()		科(部)	年 月 日	～	年 月 日
開示依頼者が本人以外の場合	患者本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者	<input type="checkbox"/> 15歳未満	同意 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 故人	<input type="checkbox"/> 当院にて死亡 <input type="checkbox"/> 当院以外で死亡
	開示依頼者	本人の同意のある場合	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		ご遺族の場合	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 左記に準ずる者 <input type="checkbox"/> 左記の法定代理人			
	本人の同意不要の場合	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意後見人 <input type="checkbox"/> 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずるもの <input type="checkbox"/> 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、患者の世話をしている親族及びこれに準ずるもの				
希望する開示方法 (原本が紙の場合は紙のみ)	(1) <input type="checkbox"/> 写しの交付 (紙)	(2) <input checked="" type="checkbox"/> PDF (DVDにコピー)				
希望する受取方法	(1) <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 (着払い)	(2) <input type="checkbox"/> 対面での受取				

- 注1 依頼の際には、依頼者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、マイナンバー等）の提示または、コピーを提出してください。
- 注2 本人の同意書等を提出してください。
- 注3 本人以外が依頼する場合には、注2の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類（戸籍抄本等）を提出または提示してください。
- 注4 PDFでの開示を希望されても、記録によっては紙が含まれることがあります。

依頼者本人の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他 ()
依頼者と患者の関係性の確認方法	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本	<input type="checkbox"/> その他	
その他開示依頼者の希望			