

個人情報・診療情報開示申出書（記載例；ご利用できません）

令和 年 月 日

練馬光が丘病院

管理者 永井 秀雄 殿

私 ○○ ○○ は貴院が保有する
申し出いたします。なお、申請日より 6 か月
申請対象の破棄に同意いたします。

利用する方が 第三者（患者様以外）の場合、申請者
は 第三者となり、患者様の同意が必要です。
（2 枚目の同意書をご利用ください）

※太枠のみご記入下さい。

開示の対象となる者の氏名等	ID 番号	
	患者氏名	
	住 所	
	電話番号	
開示を受けたい診療情報等の内容 (○で囲んで下さい)	開示を受けたい期間 (外来： 年 月 日～ 年 月 日) (入院： 年 月 日～ 年 月 日) 開示を受けたい診療情報等の内容 ・ 全ての診療内容（下記を含む診療記録の全て） ・ 看護記録 ・ 処方内容 ・ 検査結果、報告書 ・ 画像検査 ・ 修正履歴（ 必要 ・ 不要 ）	
	開示の区分 ・ 診療記録等のコピー・画像検査のコピー（CD-R） ・ 検査結果のみ	
申請者	氏名（自署）	○○ ○○
	電話番号	
	会社名・住所	個人の場合は、住所を記載してください
	患者との関係	続柄 ； 同意書 ； 有 無
確認欄 (病院側記入)	証明書等	・ 特別永住者証明書・免許証等 ・ 個人番号カード ・ 公官庁、特殊法人等発行の身分証明書（写真付き） ・ その他（ ）
	確認者名	
備考欄 (記入しないでください)		

カルテ開示同意書

私 * _____ は、公益社団法人地域医療振興協会練馬光が丘病院
が保有する 私の診療記録について _____ 〇〇 〇〇 _____ が申請する 開示内容
に 同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名（自署） * _____
住所 _____
連絡先 _____