

診療情報開示申込書

飯山赤十字病院 院長 殿

申込年月日

年 月 日

請求者氏名	ふりがな	生年月日	
		年 月 日	
住所	〒	電話番号	— —

下記のとおり請求します

I. 開示を希望する患者

氏名	ふりがな	生年月日	
		年 月 日	
住所	〒	診察券番号	

患者との関係

1. 本人（証明できるものをご提示ください）※運転免許証・資格証明書・マイナンバーカード等
写真付きのものは1つ、写真が無いものは2つ以上お持ちください。
2. 本人以外（患者との関係 ）※住民票等をお持ちください

Ⅲ. 開示を請求する内容（必要事項に○または記載をお願いします）

診療科	1. 全科	2. 特定の診療科（ 科 科 科）
開示請求期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
外来診療記録	1. 全て ※Ⅳ. 開示請求にお進みください	2. 一部 ※下の「診療記録の種類」を記入ください
入院診療記録	1. 全て ※Ⅳ. 開示請求にお進みください	2. 一部 ※下の「診療記録の種類」を記入ください
診療記録の種類 ※診療記録の一部 を選択された方は 必要な記録に○を つけて下さい	診療記録	医師記録・看護師記録・その他（ ）
	検査結果	血液検査・その他（ ）
	画像 (CD-R等)	エックス線・CT・MRI・その他（ ）

Ⅳ. 開示請求（番号に○をお願いします）

1. 写しの交付	2. 閲覧	3. 医師との面談
----------	-------	-----------

※開示方法・開示にかかわる料金については(別紙6)をご覧ください。

委任状	
私は、上記のとおり貴院が保有する診療記録等の開示に同意し、または請求者に対して開示手続きを委任します。	
患者さん本人(自署)	印

病院使用欄

	1. 新規 2. 追加
請求者本人確認欄	1. 運転免許証 2. 資格証明書 3. マイナンバーカード 4. その他（ ）
請求者資格確認欄	1. 戸籍謄本 2. 住民票 3. 委任状 4. その他（ ）
受付者	

診療情報開示申込書

飯山赤十字病院 院長 殿 申込年月日 2025年 7月 1日

請求者氏名	ふりがな	にっせき はなこ	生年月日	
	日赤 花子		2001年 4月 1日	
住所	〒389-2295	長野県飯山市飯山226-1	電話番号	0269-62-4195

下記のとおり請求します

I. 開示を希望する患者

氏名	ふりがな	にっせき たろう	生年月日	
	日赤 太郎		2000年 11月 1日	
住所	〒389-2295	長野県飯山市飯山226-1	診察券番号	9999999

患者との関係

1. 本人（証明できるものをご提示ください）

※運転免許証・資格証明書・マイナンバーカード等
写真付きのものは1つ、写真が無いものは2つ以上お持ちください

2. 本人以外（患者との関係 妻）

※住民票等をお持ちください

Ⅲ. 開示を請求する内容（必要事項に○または記載をお願いします）

診療科	1. 全科	2. 特定の診療科（内科 科 科）
開示請求期間	2025年 4月 25日 ~ 2025年 5月 10日	
外来診療記録	1. 全て ※Ⅳ. 開示請求にお進みください	2. 一部 ※下の「診療記録の種類」を記入ください
入院診療記録	1. 全て ※Ⅳ. 開示請求にお進みください	2. 一部 ※下の「診療記録の種類」を記入ください
診療記録の種類 ※診療記録の一部 を選択された方は 必要な記録に○を つけて下さい	診療記録	医師記録・看護師記録・その他（ ）
	検査結果	血液検査・その他（ ）
	画像 (CD-R等)	エックス線・CT・MRI・その他（ ）

Ⅳ. 開示請求（番号に○をお願いします）

1. 写しの交付	2. 閲覧	3. 医師との面談
----------	-------	-----------

※開示方法・開示にかかわる料金については(別紙6)をご覧ください。

委任状

私は、上記のとおり貴院が保有する診療記録等の開示に同意し、または請求者に対して開示手続きを委任します。

患者さん本人(自署) 日赤 太 印

病院使用欄

	1. 新規 2. 追加
請求者本人確認欄	1. 運転免許証 2. 資格証明書 3. マイナンバーカード 4. その他（ ）
請求者資格確認欄	1. 戸籍謄本 2. 住民票 3. 委任状 4. その他（ ）
受付者	

記入例

申請者の情報をご記入ください

診療情報開示申込書

申込年月日

2025年 7月 1日

請求者氏名	ふりがな にっせき はなこ 日赤 花子	生年月日	2001年 4月 1日
住所	〒 389-2295 長野県飯山市飯山226-1	電話番号	0269-62-4195

下記のとおり請求します

I. 開示を希望する患者

氏名	ふりがな にっせき たろう 日赤 太郎	生年月日	2000年 11月 1日
住所	〒 389-2295 長野県飯山市飯山226-1	診察券番号	9999999

開示を希望する患者さんの情報
をご記入ください開示を希望する患者さんとの
関係をご記入ください

患者との関係

本人（証明できるものをご提示ください）

※運転免許証・資格証明書・マイナンバーカード等

写真付きのものは1つ、写真が無いものは2つ以上お持ちください

2. 本人以外（患者との関係 **妻**）

※住民票等をお持ちください

開示を希望する科と入院・外来期
間をご記入ください

III. 開示を請求する内容（必要事項に○または記載をお願いします）

診療科	1. 全科	2. 特定の診療科（ 内科 科 科 科）
開示請求期間	2025年 4月 25日 ~ 2025年 5月 10日	
外来診療記録	1. 全て ※IV. 開示請求にお進みください	2. 一部 ※下の「診療記録の種類」を記入ください
入院診療記録	1 全て ※IV. 開示請求にお進みください	2. 一部 ※下の「診療記録の種類」を記入ください
診療記録の種類 ※診療記録の一部を 選択された方は必要	診療記録 医師記録・看護師記録・その他（ 検査結果 血液検査・その他（ 画像（CD-R等） エックス線・CT・MRI・その他（	

希望する記録の種類を
○で囲んでください※前項目で一部と回答された方のみ※
記録の種類を○で囲んでください
その他の場合は記入してください

IV. 開示請求の方法（番号に○をお願いします）

1. 写しの交付	2. 閲覧	3. 医師との面談
----------	-------	-----------

※開示方法・開示にかかる料金については（別紙6）をご覧ください。

患者さん本人の署名と捺印をお願いします

委任状
私は、上記のとおり貴院が保有する診療記録等の開示に同意し、または請求者に対して開示手続きを委任します。
患者さん本人（自署） 日赤 太郎 日赤

病院使用欄

	1. 新規 2. 追加
請求者本人確認欄	1. 運転免許証・資格証明書・マイナンバーカード 4. その他（
請求者資格確認欄	1. 戸籍謄本 2. 住民票 3. 委任状 4. その他（
受付者	

この部分は、記入しないでください