

診療記録開示申請書

令和 年 月 日

東京かつしか赤十字母子医療センター
院長 三石 知左子 様

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求いたします。

開示を受けようとする患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住 所		
開示を希望する記録等 (該当するものを ○で囲む)	生年月日	S · H · R	年 月 日
			診察日・部位等
	1 診療記録のすべて 2 診療録(カルテ) 3 検査記録・検査成績表 4 エックス線写真 5 画像: CT、MRI、エコー 6 看護記録 7 8		
本人確認資料	運転免許書・パスポート・マイナンバーカード その他:		

開示申請者

氏 名

患者との関係

住 所

電話番号