

診療情報に関する開示請求書

年 月 日

社会医療法人愛仁会 亀田第一病院 病院長 殿

私は、「診療情報の開示を希望される方へ」を確認、理解のうえ、貴院が保有する下記の診療情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診療券番号		
	住 所		
	生年月日		

開示を希望する 記録等 (該当するものに ○をつける)		診察日・部位等	
	1	診療記録全て	
	2	診療録（入院・外来）	
	3	検査記録・検査結果	
	4	X線写真	
	5	画像：CT、MRI等	
	6	看護記録	
	7		
	8		
	9		

請求者
(自署)

氏 名 印
患者との関係 本人 ・ 本人以外 ()
住 所
電 話 番 号

(郵送希望 有 ・ 無)

※請求者が代理人の場合は、委任状を併せて提出してください。

ご本人が記載される場合

診療情報に関する開示請求書

年 月 日

記入日を記載

社会医療法人愛仁会 亀田第一病院 病院長 殿

私は、「診療情報の開示を希望される方へ」を確認、理解のうえ、貴院が保有する下記の診療情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ	(姓) カメダ (名) イチロウ
	患者氏名	亀田 一郎
	診療券番号	1234567
	住 所	新潟県新潟市江南区西町〇-〇
	生年月日	平成〇年〇月〇日

開示を希望する 記録等 (該当するものに 〇をつける)		診察日・部位等	
	1	診療記録全て	2025年7月1日～2026年6月30日 整形外科 入院・通院分
	2	診療録（入院・外来）	
	3	検査記録・検査結果	
	4	X線写真	
	5	画像：CT、MRI等	
	6	看護記録	
	7	上記1～6に該当の無い記録記録の場合は、7～9に記載	
	8		
9			

請求者
(自署)

氏 名 亀田 一郎

印

←押印

患者との関係 本人 ・ 本人以外（ ）

住 所 新潟県新潟市江南区西町〇-〇

電 話 番 号 025-999-9999（日中連絡がつくもの）

(郵送希望 有 ・ 無)

※請求者が代理人の場合は、委任状を併せて提出してください。

ご家族が記載される場合

診療情報に関する開示請求書

年 月 日

記入日を記載

社会医療法人愛仁会 亀田第一病院 病院長 殿

私は、「診療情報の開示を希望される方へ」を確認、理解のうえ、貴院が保有する下記の診療情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ	(姓) カメダ (名) イチロウ
	患者氏名	亀田 一郎
	診療券番号	1234567
	住 所	新潟県新潟市江南区西町〇-〇
	生年月日	平成〇年〇月〇日

開示を希望する 記録等 (該当するものに 〇をつける)		診察日・部位等	
	1	診療記録全て	2025年7月1日～2026年6月30日 整形外科 入院・通院分
	2	診療録（入院・外来）	
	3	検査記録・検査結果	
	4	X線写真	
	5	画像：CT、MRI等	
	6	看護記録	
	7	上記1～6に該当の無い記録記録の場合は、7～9に記載	
	8		
9			

請求者
(自署)

氏 名 亀田 花子

印

←押印

患者との関係 本人 ・ 本人以外 (長女)

住 所 新潟県新潟市江南区亀田早通〇-〇

電 話 番 号 025-999-9999 (日中連絡がつくもの)

(郵送希望 有 ・ 無)

※請求者が代理人の場合は、委任状を併せて提出してください。