

※2枚目の注意事項も必ずご確認ください。ご記入ください。

様式 1

見本

診療記録等開示申出書

令和 7 年 12 月 23 日

愛知県がんセンター病院長 殿

氏 名 (フリガナ アイチ タロウ)
愛知 太郎

申出者 住 所 名古屋市千種区鹿子殿 1-1
〇〇マンション△号室

電話番号 090-1234-5678

注意事項 1

下記のとおり申し出ます。

注意事項 2

1 申出に関する
診療記録等の
内容

記録系

☒診療記録すべて（他機関作成文書は除く） ☐他機関作成文書
☐医師記録 ☐看護記録
☐その他 [

医師記録・診察時の記録等
看護記録・看護計画や看護経過等

検査系

☐検査結果すべて ☐画像 CD-ROM
☒一部指定（例：CT 画像診断報告書）
[CT 画像診断報告書]
☐その他 [

注意事項 3

2 対象期間

全期間 年 月 日 ～ 年 月 日

3 開示の区分
(○で囲む)

(1) 閲 覧 (2) 写しの交付

4 患者の氏名等
(患者本人が申出者の
場合は記載不要)

患者氏名

(フリガナ アイチ ハナコ)
愛知 花子

患者住所・
電話番号

名古屋市千種区鹿子殿 1-2
△△アパート〇号室
(052 - 762 - 6111)

患者の状況
(○で囲む)

(1) 故人 (2) 成年被後見人、被保佐人、被補助人
(3) 未成年者（満 15 歳以上） (4) 未成年者（満 15 歳未満）
(5) その他 (

5 患者との続柄

長男

空欄可

※記入された日にちは、お渡し日を
確約するものではありません。

6 備考

☒来院受取希望（来院予定日： ）
☐郵送希望（申出者欄記載の住所宛）
☐その他 ()

*事務局

申出者本人
確認欄

(1) 運転免許証 (2) 個人番号カード (3) 旅券
(4) その他 ()

申出者資格
確認欄

(1) 戸籍謄本・抄本 (2) 住民票 (3) 委任状
(4) その他 ()

その他

*欄には、記入しないでください。

※裏面の注意事項をお読みください。

注意事項

1 申出者電話番号

平日の日中に連絡のつきやすい連絡先をご記入ください。

連絡が取れない場合、受付が遅延する場合がありますのでご了承ください。

複数の連絡先がある場合は、併せてご記入ください。

2 「申出に関する診療記録等の内容」欄

(ア) 開示を希望する診療記録等が特定できるよう、該当項目にチェックしてください。

(イ) 他機関作成文書（他の機関が作成し、当院が取得した文書等）にチェックされた場合、開示可否の決定に最長45日かかりますのでご了承ください。

(ウ) 診療科や検査項目の限定、特定内容のみの抽出など、細かい要望には対応できない場合があります。ご希望の場合は、事前にカルテ開示担当者までお問い合わせください。

3 「対象期間」欄

全期間または具体的な年月日（検査を指定する場合は検査日）のいずれかをご記入ください。

4 患者本人による申出の場合

本人確認書類をご提示ください。

5 患者本人以外による申出の場合

以下のいずれかに該当する方である必要があります。

①法定代理人（親権者、後見人、保佐人又は補助人）

②実質的に患者さんのケアを行っている親族又はそれに準ずる方

③遺族（法定相続人）

④患者さん本人または遺族（法定相続人）から代理権を得た任意代理人

必要書類は当センターのホームページをご確認のうえご用意ください。

6 主治医への質問を希望される場合

（主治医不在の場合は当該診療科部長等）

開示後、質問をご希望の場合は、説明日を調整のうえご案内いたしますので、お申し出ください。なお、説明には別途費用がかかります。