書式5

病院長	主治医	看護部長	事務部長

診療情報の開示申込書

医療法人社団永生会永生病院　院長殿

申込日:　　年　　月　　日

診療記録の開示を受けたい患者様

（フリガナ） 患者様氏名	（ID:　　）
生年月日	
対象期間	年　月　日　～　年　月　日

開示を希望する記録及び方法

※開示を希望される診療情報の種類、開示方法に〇をつけてください。

	診療情報の種類	診療日、部位等	閲覧	複写
	診療録全て			
	診療経過の要約書			
	検査記録のみ			
	画像のみ			
	看護・介護記録のみ			
	その他（			

閲覧希望日　　※閲覧による開示を希望される場合のみご記入ください。

第一希望　:	年	月	日
第二希望　:	年	月	日
第三希望　:	年	月	日
希望日なし			

（フリガナ） 申請者氏名	（続柄:　　）
住　　所	
電 話 番 号	
確認書類	申請者:□運転免許証　□パスポート　□マイナンバーカード　□その他（　　） 続　柄 :□戸籍謄本　　□その他（　　）

基本料金	円		医事担当
診療録等コピー代	円		
画像・電磁的記録媒体代	円	合計金額＿＿＿＿＿＿円	

受領日:　　年　　月　　日

署名欄:

2026.8