

記入方法

診療記録の開示申請書

リハビリテーションセンター熊本回生会病院

請求者の氏名・生年月日・住所・電話番号をご記入下さい

以下のとおり、診療記録の開示を申請いたします。

申込年月日 2026年 4月 1日

請求者氏名	ふりがな かいせい たろう 回生 太郎	生年月日	1977年 4月 1日
住所	〒861-3193 熊本県上益城郡嘉島町鯉1880	電話番号 (日中連絡可能な)	096 - 237 - 1133
		メールアドレス	

メールでの連絡を希望される場合はご記入下さい

1. 開示を受けたい患者様の情報

診察券番号	12345	患者様氏名	ふりがな かいせい はなこ 回生 花子	生年月日	1986年 10月 1日
-------	-------	-------	------------------------	------	--------------

2. 患者様本人との続柄 (☑をお願いします)

患者様本人 (証明するものをご提示ください) 夫、妻、子、父、母等

患者様の親族 患者様からみて (夫) (患者様との関係を示す書類をご提示ください)

その他 () (証明するものをご提示ください)

成年被後見人の法定代理人、弁護士等

3. 開示請求の内容 (該当する箇所に○を記入し、診療期間・部位等をご記入ください)

記録内容	診療期間・部位等
① 外来診療録	期間: 2025年 4月 1日~2026年 3月 31日
② 入院診療録	期間: 2025年 7月 1日~2025年 8月 31日
③ X線写真 (レントゲン)	期間: 2025年 4月 1日~2026年 3月 31日 部位: 両膝
4. CT・MRI	期間: 年 月 日~ 年 月 日 部位:
5. その他	期間: 年 月 日~ 年 月 日 内容:

患者様本人以外が請求の場合、委任状欄の記入が必要です

4. 委任状 (請求者と開示を受けたい患者様本人がご存命の場合は、患者様本人署名欄へのご署名をお願いします)

所定の用紙がある場合はそちらを使用されても構いません

私は、「診療記録等の開示申込書」のとおり、リハビリテーションセンター熊本回生会病院が保有する私の診療記録を (回生 太郎) に開示されることに同意します。

(※患者様本人が故人の場合、ご親族欄にご署名をお願いします)

患者様本人 (自署) 回生 花子 印
ご親族 (続柄:) (自署) 印

5. 受取方法 (☑をお願いします)

請求者と異なる住所への郵送をご希望の場合はご記入下さい

窓口 郵送 (郵送先住所: 〒)

病院使用欄

請求者本人確認欄	①運転免許証 ②マイナンバーカード ③資格確認書 ④その他 ()
請求者資格確認欄	①戸籍謄本または戸籍抄本 ②住民票等 ③委任状 ④その他 ()
受付日	受付者
担当医確認日	担当医意見 ①同意 ②不同意
院長確認日	院長決済 ①開示 ②保留 ③開示不可