

診療記録等（カルテ）開示申請書

東京医科大学病院 病院長 殿

※太枠内をご記入ください

1. 開示対象者 (患者本人)	診察券番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	(西暦) 生
	住所	
	電話番号	
2. 代理人 等 ※開示請求者が本人以外の場合のみ記入	氏名	続柄 ()
	住所	
	電話番号	

次の通り診療記録等の開示を申請いたします。

3. 開示方法	謄写（印刷したものをお渡し）	
4. 開示を請求する診療科	<input type="checkbox"/> 全診療科 <input type="checkbox"/> 指定する診療科 ()	
5. 開示を請求する期間（範囲）	外来：(西暦)	～
	入院：(西暦)	～
6. 開示を請求する診療記録 ※特に指定がない場合は記入不要	診療記録の写し、医療画像データを開示しています。 不要なものがある場合は、□にチェックを付けてください。	
	診療記録	<input type="checkbox"/> 不要
	検査結果記録（検査報告書） ※検体検査結果、心電図、脳波レポート、病理レポート、放射線画像レポート等	<input type="checkbox"/> 不要
	医療画像データ (CD-R)	<input type="checkbox"/> 不要
	その他 ※上記以外に要望がございましたら、ご記入ください。	
7. 備考		

病院確認・記入欄

- ・以下は開示申請時にご持参ください。
- ・代理人申請の時は、患者の診察券ならびに患者本人の本人確認書類は、コピー可となります。

患者本人 (15歳以上)		1. <input type="checkbox"/> 診察券 2. 本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
代理人	2親等までの親族※2 及びこれに準ずる者 (患者本人が15歳以上)	1. <input type="checkbox"/> 患者の診察券 2. 患者本人の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他() 3. <input type="checkbox"/> 患者との関係が確認できる書類(戸籍謄本)※3 4. <input type="checkbox"/> 患者本人からの委任状※3 5. 法定代理人(申請者)の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
	2親等までの親族※2 及びこれに準ずる者 (患者本人が15歳未満)	1. <input type="checkbox"/> 患者の診察券 2. 患者本人の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他() 3. <input type="checkbox"/> 患者との関係が確認できる書類(戸籍謄本)※3 4. 法定代理人(申請者)の本人確認書※2 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
	成年後見人	1. <input type="checkbox"/> 患者の診察券 2. 患者本人の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他() 3. <input type="checkbox"/> 患者本人からの委任状※3 4. <input type="checkbox"/> 成年後見人の登記事項証明書※3 5. 法定代理人(申請者)の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
	ご遺族	1. <input type="checkbox"/> 患者の診察券 2. <input type="checkbox"/> 患者の除籍謄本※3 3. ご遺族(申請者)の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
	任意代理人 (弁護士、保険会社等)	1. <input type="checkbox"/> 患者の診察券 2. 患者本人の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他() 3. <input type="checkbox"/> 患者本人からの委任状※3 4. 任意代理人(申請者)の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
	任意代理人 (弁護士、保険会社等)	1. <input type="checkbox"/> 患者の診察券 2. 患者本人の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他() 3. <input type="checkbox"/> 患者本人から任意代理人への委任状※3 4. 任意代理人(弁護士、保険会社等)の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他() 5. <input type="checkbox"/> 任意代理人(弁護士、保険会社等)から委託・依頼した者への委任状※3 6. 任意代理人(弁護士、保険会社等)の本人確認書※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()

- ※1 本人確認書は、氏名、生年月日、住所、顔写真の確認ができる書類となります。
また、法定代理人及び任意代理人は、別途資格が確認できる書類等をご用意ください。
その他は在留カード、特別永住者証明書(外国籍の方) 等となります。
- ※2 2親等まで：父母、祖父母、兄弟姉妹、子、孫、配偶者
- ※3 カルテ開示申請日から6か月以内に作成・交付されたものに限りします。

受付者	担当医師	謄写物の受取者	申請者への受渡者
受付日	確認日	謄写物の受取日	申請者への受渡日

※受付時に、開示手数料(5,500円)を徴収いたします。

謄写 記入欄

白黒	枚	カラー	枚	CD-R・DVD	枚
----	---	-----	---	----------	---