様式第1号

《記入方法》 診療記録等の開示申込書（兼 文書引換券）

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院 院長殿
以下のとおり、診療記録の開示を申請いたします。

請求者の氏名・生年月日・住所・電話番号をご記入下さい。

請求者氏名	ふりがな くらちゅう はなこ 倉中 花子	生年月日	1965 年 6 月 2 日
住所	〒 710-8602 岡山県倉敷市美和1-1-1	電話番号 （日中連絡可能な）	086－422－0210

1 開示請求に関わる患者（患者本人が請求する場合は診察券番号のみご記入下さい）

診察券番号	12345678		
氏名	ふりがな くらちゅう たろう 倉中 太郎	生年月日	1960 年 5 月 5 日

開示請求に関わる患者様の診察券番号・氏名・生年月日をご記入下さい。
患者様ご本人が請求される場合は診察券の番号のみご記入ください。

2 患者本人との続柄（☑ をお願いします）

☐ 患者本人 （証明するものをご提示ください）

夫、妻、子、父、母 等

☑ 患者の親族 患者からみて（ 妻 ）（患者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 開示を請求する内容（必要事項に☑ 又は記載をお願いします）

診療科	☐ 全科	☐ 一部（診療科）： 消化器内科
開示請求期間	2020年 1月 1日 ～ 2020年 3月 31日	
外来診療記録	☐ 全て	☑ 一部
入院診療記録	☐ 全て	☑ 一部
診療記録の種類 ※診療記録の一部を選択された方は必要な記録に○を付けてください	職種別記録	医師・看護師・その他（ ）
	検査成績	血液検査・尿検査・その他（ ）
	画像報告書	CT・MRI・内視鏡・超音波（心エコー含む）・脳波・心電図・その他（ ）
	画像（CD-RまたはＤＶＤ）	エックス線・CT・MRI・内視鏡・超音波・脳波・その他（ ）

一部の診療科のみ必要な場合はこちらにご記入下さい

一部の記録のみ必要な場合は☑をつけ、
診療記録の種類の中から必要な記録をお選び下さい

4 開示方法 ※お渡しした開示資料に対して医師からの説明を希望される場合は、医師との面談に☑を、さらに要約書もご希望の場合は、要約書の交付に☑をお願いします。

☑写しの交付

☐ 医師との面談（ ☐ 要約書の交付 ）

開示方法は写しの交付となります。医師との面談等をご希望の場合は☑をお願いします。
（別途料金がかかります。料金表をご覧ください）

5 委任状

委任状

私は、「診療記録等の開示申込書」のとおり、倉敷中央病院が保有する私の診療記録を（ 倉中 花子 ）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） 倉中 太郎 印

ご親族（続柄： ）（自署） 印

6 受取方法（☑をお願いします）

☑ 窓口で受け取る ☐ 郵送で受け取る

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。
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。

受取方法を選択してください。

病院使用欄

①写しの交付 ②文書資料添付		【担当者】
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 ②住民票 ③委任状 ③その他（ ）	

2025/12改定