（ 様式１ ）

診療情報提供申請書

岡山済生会総合病院　　病院長殿

診療録等の開示を受けたい患者	ふりがな		
	患者氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日	
	住　　所		
	電話番号	（　　）ー（　　）ー（　　）	
開示を希望する理由			

	項　　目	診察日・部位等	閲　覧	口頭による説明
開示を希望する記録	（　　）診療録（カルテ）			
	（　　）各種検査記録			
	（　　）各種画像データ			
	（　　）要約書（サマリー）			
	（　　）その他			
閲覧希望日	第一希望	月　　日　　午前・午後		
	第二希望	月　　日　　午前・午後		
	（　　）特に希望なし			

＊希望する箇所に（○）をご記入ください

上記のとおり、診療情報の提供を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名　　印

住　所

電話番号　（　　）ー（　　）ー（　　）

患者との関係

※ 申請者が患者本人の場合は、本人であることを証明する書類の提出をお願いいたします。
※ 申請者が患者本人と異なる場合は、患者本人の意思確認ができる委任状（別紙）を添えて、その資格を有する書類の提出をお願いいたします。
※ 申請者が遺族である場合は、患者の法定相続人であることが確認できる書類の提出をお願いします。

（本人同意書）　※申請者が遺族である場合は記入不要

私は、上記のとおり、申請者＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

自署　患者本人　　印

（病院使用欄）　※ 上段：確認印、下段：日付 を記入のこと

医事課	主治医	連絡会の決裁			実施	費用			医事課
受付	同意・否	開示	保留	不可		不要	徴収	未収	確認

（ 様式１ ）

診療情報提供申請書　記入例（本人）

岡山済生会総合病院　病院長殿

診療録等の開示を受けたい患者	ふりがな	さいせい	たろう
	患者氏名	済生	太郎
	生年月日	明治・大正・(昭和)・平成・令和　42 年　8 月　13 日	
	住　所	岡山県岡山市北区伊福町1-17-18	
	電話番号	（ 086 ）－（ 252 ）－（ 2211 ）	
開示を希望する理由	※「Ｂ型肝炎訴訟のため」「損害賠償請求のため」等、希望理由を具体的にご記入ください		

お問合せさせていただく場合があります。日中に連絡可能な電話番号を記載ください。

	項　目	診察日・部位等	閲
開示を希望する記録	（ ○ ）診療録（ ｶﾙﾃ）	令和3年4月1日～令和4年1月31日の診療分	
	（ ○ ）各種検査記録	〃	
	（ ○ ）各種画像データ	〃	
	（ ○ ）要約書（ ｻﾏﾘｰ）	〃	
	（　　）その他		

開示希望項目は基本的には○をしている４項目で足ります。特別に開示希望がある場合はその他項目に○をして、希望内容を具体的にご記入ください。各種画像データはＣＤコピーしたものが必要な場合のみ○をしてください。

閲覧希望日	第一希望	月　日　午前・午後
	第二希望	月　日　午前・午後
	（　　）特に希望なし	

＊希望する箇所に（ ○）をご記入ください

上記のとおり、診療情報の提供を申請します。

令和　7 年　○ 月　○ 日

申請者氏名　済生　太郎　（済生）印

捺印をお願いします。

住　所　岡山県岡山市北区伊福町1-17-18

電話番号　（ 086 ）－（ 252 ）－（ 2211 ）

患者との関係　本人

運転免許証、マイナンバーカード等（公的機関が発行するもので顔写真・氏名・生年月日の記載のあるも）のコピーを一部申請書に添付願います。

※ 申請者が患者本人の場合は、本人であることを証明する書類の提出をお願いいたします。
※ 申請者が患者本人と異なる場合は、患者本人の意思確認ができる委任状（別紙）を添えて、その資格を有する書類の提出をお願いいたします。
※ 申請者が遺族である場合は、患者の法定相続人であることが確認できる書類の提出をお願いします。

（ 本人同意書 ）　※申請者が遺族である場合は記入不要

私は、上記のとおり、申請者＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

自署　患者本人＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ 病院使用欄）　※ 上段：確認印、下段：日付 を記入のこと

医事課	主治医	連絡会の決裁			実施	費用			医事課
受付	同意・否	開示	保留	不可		不要	徴収	未収	確認

（ 様式１ ）

診療情報提供申請書　記入例（ 親族）

岡山済生会総合病院　病院長殿

診療録等の開示を受けたい患者	ふ り が な	さいせい	たろう
	患者氏名	済生	太郎
	生年月日	明治・大正・(昭和)・平成・令和　42 年　8 月　13 日	
	住　所	岡山県岡山市北区伊福町1-17-18	
	電話番号	（ 086 ）－（ 252 ）－（ 2211	
開示を希望する理由	※「Ｂ型肝炎訴訟のため」「損害賠償請求のため」等、希望理由を具体的にご記入ください		

開示希望項目は基本的には○をしている４項目で足ります。
特別に開示希望がある場合はその他項目に○をして、希望内容を具体的にご記入ください。
各種画像データはＣＤコピーしたものが必要な場合のみ○をしてください。

	項　目	診察日・部位等	閲	
開示を希望する記録	（ ○ ）診療録（ ｶﾙﾃ）	平成25年4月1日～平成28年3月31日の診療分		
	（ ○ ）各種検査記録	〃		
	（ ○ ）各種画像データ	〃		
	（ ○ ）要約書（ ｻﾏﾘｰ）	〃		
	（　　）その他			
閲覧希望日	第 一 希 望	月　日　午前 ・ 午		
	第 二 希 望	月　日　午前 ・ 午		
	（　　）特に希望なし			

医師による開示資料説明をご希望される場合は「閲覧」に○をして、「口頭による説明」に「説明希望」とご記入のうえ、説明希望日があれば「閲覧希望日」の欄にご記入ください。
説明希望をされない場合は空欄のままでお願いします。
閲覧説明は有料です。
30分：5,500円

＊希望する箇所に（ ○）をご記入

上記のとおり、診療情報の提供を申請します。

令和　7 年　○ 月　○ 日

申請者氏名　済生　一郎　（済生）印

捺印をお願いします。

住　所　岡山県岡山市北区伊福町1-17-18

電話番号　（ 090 ）－（ 9876 ）－（ 1234 ）

お問合せさせていただく場合があります。日中に連絡可能な電話番号を記載ください。

患者との関係　長男

※ 申請者が患者本人の場合は、本人であることを証明する書類の提出をお願いいたします。
※ 申請者が患者本人と異なる場合は、患者本人の意思確認ができる委任状（ 別紙）を添え
その資格を有する書類の提出をお願いいたします。
※ 申請者が遺族である場合は、患者の法定相続人であることが確認できる書類の提出をお

患者様がご逝去されており、申請される方が患者様のご遺族（法定相続人）の場合は、患者様と申請者様のご関係を証明するもの（戸籍謄本）と、申請者様の身分を証明するもの（運転免許証、マイナンバーカード等公的機関が発行するもので顔写真・氏名・生年月日の記載のあるも）のコピーを各一部申請書に添付願います。

（ 本 人 同 意 書 ）　※申請者が遺族である場合

私は、上記のとおり、申請者＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、私の診療記録等が開示されることに
同意します。

自署　患者本人＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ 病院使用欄）　※ 上段：確認印、下段：日付 を記入のこと

医事課	主治医	連絡会の決裁			実施	費用			医事課
受付	同意・否	開示	保留	不可		不要	徴収	未収	確認

（ 様式１ ）

診療情報提供申請書 記入例（ 事業者）

岡山済生会総合病院　病院長殿

診療録等の開示を受けたい患者	ふりがな	さいせい	たろう
	患者氏名	済生	太郎
	生年月日	明治・大正・昭和（○）・平成・令和　42 年　8 月　13 日	
	住　所	岡山県岡山市北区伊福町1-17-18	
	電話番号	（ 086 ）－（ 252 ）－（ 2211 ）	
開示を希望する理由	※「Ｂ型肝炎訴訟のため」「損害賠償請求のため」等、希望理由を具体的にご記入ください		

	項　目	診察日・部位等	閲	
開示を希望する記録	（ ○ ）診療録（ ｶﾙﾃ）	平成25年4月1日～令和2年12月31日の診療分		
	（ ○ ）各種検査記録	〃		
	（ ○ ）各種画像データ	〃		
	（ ○ ）要約書（ ｻﾏﾘｰ）	〃		
	（　　）その他			
閲覧希望日	第一希望	月　日　午前・		
	第二希望	月　日　午前・		
	（　　）特に希望なし			

開示希望項目は基本的には○をしている４項目で足ります。
特別に開示希望がある場合はその他項目に○をして、希望内容を具体的にご記入ください。
各種画像データはＣＤコピーしたものが必要な場合のみ○をしてください。

医師による開示資料説明をご希望される場合は、「閲覧」に○をして、「口頭による説明」に「説明希望」とご記入のうえ、説明希望日があれば「閲覧希望日」の欄にご記入ください。
説明希望をされない場合は空欄のままでお願いします。
閲覧説明は有料です。
30分：5,500円

＊希望する箇所に（ ○）をご記

上記のとおり、診療情報の提供を申請します。

令和　7 年　○ 月　○ 日

申請者氏名　岡山一郎法律事務所　岡山一郎 印

事業所の捺印をお願いしま

住　所　岡山県岡山市北区国体町2-26

電話番号　（ 086 ）－（ 252 ）－（ 2001 ）

患者との関係　上記患者のカルテ開示申請代理事業所

※ 申請者が患者本人の場合は、本人であることを証明する書類の提出をお願いいたします。
※ 申請者が患者本人と異なる場合は、患者本人の意思確認ができる委任状（ 別紙）を添えて、その資格を有する書類の提出をお願いいたします。
※ 申請者が遺族である場合は、患者の法定相続人であることが確認できる書類の提出をお願いしま

法律事務所であれば弁護士であることを証明できるものを、保険会社の場合は、その職員であることを証明できるもののコピーを1部添付願います。また、患者さんの身分証（運転免許証、健康保険証、マ

（ 本人同意書 ）　※申請者が遺族である場合は記入不要

私は、上記のとおり、申請者　岡山一郎法律事務所　に対して、私の診療記録等が開示されることに
同意します。

自署　患者本人　済生　太郎　（済生）印

患者さんの自筆による署名及び捺印をお願いします。

（ 病院使用欄）　※ 上段：確認印、下段：日付 を記入のこと

医事課	主治医	連絡会の決裁			実施	費用			医事課
受付	同意・否	開示	保留	不可		不要	徴収	未収	確認