

診療記録等開示請求書（郵送用）

慶應義塾大学病院長 殿

受付番号 第 号

患者本人の内容	フリガナ 患者氏名	患者番号		—	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		年 月 日（ 歳）	
	住 所 および 電話番号	〒 —		TEL（ ） —	
開 示 方 法 (○で囲む)	1. 口頭による説明 2. 要約書の交付 3. 閲覧 4. 謄写		①紙 ②電子		
	—(医師との面談)—		a) 診療録 b) 検査記録 c) 看護記録 d) エックス線写真		
開示希望する科 および 希 望 期 間	科 入・外		年	月	日
	科 入・外		年	月	日
	科 入・外		年	月	日
	科 入・外		年	月	日
	科 入・外		年	月	日
履 歴 (電子カルテのみ)	希望する ・ 希望しない				
同席者の有無 (面談及び閲覧希望の 場合は記載)	なし・あり	同席者名		続柄	
事務局記入欄					

患者本人と請求者が異なる場合は、以下に記入してください。

フリガナ 氏 名	患者本人との 関係		☐ 法定代理人（ ） ☐ 法定相続人（ ） ☐ 受任者
住 所 および 電話番号	〒 — TEL（ ）		

記載した内容に相違ありませんので診療記録等の開示を請求します。

年 月 日 氏名（署名）

注1. 太枠の中をご記入ください。また、署名欄には必ず請求者自身をご署名ください。
注2. 請求の際は、請求者本人であることを証明する別表に定める公的証明書等を提出してください。

受付印

診療記録等開示請求書（郵送用）

慶應義塾大学病院長 殿

受付番号 第 記入不要 号

患者本人の内容	フリガナ 患者氏名	ケイオウ ハナコ 慶應 花子	患者番号	—
	生年月日	明治・大正 昭和 平成 令和 55年 5月 5日 (42歳)		
	住所 および 電話番号	〒160-8582 新宿区信濃町35 TEL (03) 3353-1211		
開示方法 (○で囲む)	1. 口頭による説明 2. 要約書の交付 3. 閲覧 4. 謄写 —(医師との面談)— ①紙 ②電子 —a)診療録 a)診療録 —b)検査記録 b)検査記録 —c)看護記録 c)看護記録 —d)エックス線写真 d)エックス線写真			
開示希望する科 および 希望期間	全て 科 入・外 全て 年 月 日 ~ 年 月 日 科 入・外 年 月 日 ~ 年 月 日 科 入・外 年 月 日 ~ 年 月 日 科 入・外 年 月 日 ~ 年 月 日			
履歴 (電子カルテのみ)	希望する 希望しない			
同席者の有無 (面談及び閲覧希望の 場合は記載)	なし あり	同席者名		
事務局記入欄	最終確定の記録のみをご希望の方は「希望しない」 修正履歴を含めた全ての記録が必要な方は「希望する」に○をしてください。 (電子カルテのみ対応)			

患者番号不明の場合は空欄にしてください。

提出する本人確認書類に記載された住所と同一に限ります。書類一切はこちらの住所に送付します。連絡先電話番号は必ずご記入ください。

開示を希望する診療記録種別 a~d に○をしてください。

希望する診療科と期間を記入し、入院カルテを希望する場合は入、外来カルテを希望する場合は外に○をしてください。どちらも必要な場合は両方○をしてください。

全てのカルテを希望される場合は「診療科」「期間」とともに「全て」とご記入ください。請求できる期間は申込日迄となります。

患者本人と請求者が異なる場合は、以下に記入してください。

フリガナ 氏名	患者本人との関係	☐ 法定代理人 () ☐ 法定相続人 () ☐ 受任者
住所 および 電話番号	TEL	

記載した内容に相違ありませんので診療記録等の開示を請求します。

2026 年 8 月 1 日 氏名 (署名) 慶應 花子

必ず請求者本人の直筆で記入をお願いします。

注1. 太枠の中をご記入ください。また、署名欄には必ず請求者自身が署名ください。

注2. 請求の際は、請求者であることを証明する別表に定める公的証明書等を提出してください。

ここに記入された日付が申込日となります。

受付印

2026. 08

★郵送前に必要書類が揃っているか確認してください。

- ☐ 開示請求書（郵送用）
- 記入漏れはありませんか？
 - 下部署名欄に日付、直筆サインはありますか？
- ☐ 郵送で診療記録等の開示請求をする方へ（お知らせ）
- 2ページ印刷し、左上を留めてありますか？
 - 署名欄に日付、直筆サインはありますか？
- ☐ 患者本人確認書類の写し
- 当院の定めた本人確認書類ですか？
 - 顔写真、氏名、生年月日、住所のコピーはありますか？