

診療録等の開示申請書

福岡市民病院 院長 殿

2026 年 4 月 1 日

氏名 **福岡 一郎**

印

住所 〒 **812-0046**
福岡市博多区吉塚本町13-1

電話番号 **092-632-1111**

患者との関係 (**本人**)

下記の通り、診療録等の開示を申請します。

開示方法 (○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> (1) 診療録等の写しの交付	<input type="radio"/> (2) 診療録等の要約書の交付	<input type="radio"/> (3) 診療録等の閲覧
開示期間	外来	2025 年 1 月 ~ 2025 年 8 月	
	入院	年 月 ~ 年 月	
	希望される期間をご記入下さい。 (わかる範囲で結構です)		
開示診療科	内科		
開示種別 (○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> (1) 診療記録	<input type="radio"/> (2) 診療記録 (画像を除く)	<input type="radio"/> (3) その他()
患者情報 (患者と申請者が異なる場合に記載)	氏名	市民 花子	
	生年月日	(大正 ・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 ・ 平成) 12 年 3 月 4 日	
	患者の状況 (○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> (1) 生存中 (2) 死亡	
(同意) 患者が生存中の場合に患者が記載			
患者本人以外の方が申請される場合のみ記載が必要となります。			
申請者名		福岡 一郎	に対して
の診療録等が開示されることに同意します。			
年 月 日		患者自署	市民 花子