

医療法人社団のぞみ記念  
下田循環器・腎臓クリニック院長 殿

### 診療情報の開示申込書

申込年月日 令和 年 月 日

診療情報の開示を受けたい患者	フリガナ 患者氏名	(姓)	(名)	
	診察券番号			
	住所			
	生年月日			
	連絡先	TEL	—	—
		携帯番号	—	—
開示を希望する情報（該当する箇所に○を記入してください）	記録内容	診療期間・部位等		
	1. 診療録（カルテのみ）			
	2. 検査記録			
	3. エックス線写真			
	4. CT画像			
5. その他				

私は上記の通り、診療情報の開示を希望します。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

患者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_