

令和 年 月 日

## 診療情報請求書

東京新宿メディカルセンター 院長 殿

(開示請求者) 郵便番号 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ④  
電話番号 \_\_\_\_\_  
患者との関係 本人・親族・代理人 関係 ( \_\_\_\_\_ )

下記の診療情報の開示を請求します。

フリガナ		
患者氏名		男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	年 月 日生
住 所		
対象診療科		
対象期間		
請求内容	1.外来診療録(別紙参照) 2.入院診療録(別紙参照) 3.画像記録 エックス線、CT、MRI、その他( ) 4.その他( )	
開示方法	1.写し 2.閲覧 3.要約書 4.口頭による説明	
備 考		