

診療記録等の開示申請書及び委任状

岡山済生会総合病院
岡山済生会外来センター病院

病院長殿

申込年月日 年 月 日

申請者情報	氏名	フリガナ	生年月日	
			年	月
	住所	〒	電話番号	-
同意事項		<input type="checkbox"/> 「診療記録開示に関する指針」の内容を承諾しました。		

以下のとおり診療記録の開示を申請いたします。

開示を受けたい患者

氏名	フリガナ	生年月日	
		年	月

申請者と患者との関係 ※必要添付書類をご準備ください

<input type="checkbox"/> ①本人
<input type="checkbox"/> ②患者から代理権を与えられた任意後見人
<input type="checkbox"/> ③法定代理人
<input type="checkbox"/> ④患者本人から代理権を与えられた第3親等内の親族
<input type="checkbox"/> ⑤現実に患者の世話をしている第3親等内の親族およびこれに準ずる縁故者で、かつ病院が認めた者
<input type="checkbox"/> ⑥法定相続人

※ ②患者本人が未成年の場合に限る ⑤患者本人が成人で判断能力がない場合に限る

開示を請求する内容

診療科	<input type="checkbox"/> 全科	<input type="checkbox"/> 診療科：
開示期間	<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 期間指定： 年 月 日～ 年 月 日
診療記録の内容	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 診療記録（医師・看護師記録、診療情報提供書、病名、退院時要約、処方、指示簿等） <input type="checkbox"/> 看護記録（経過表、退院時要約等） <input type="checkbox"/> 一般検体検査（血液、尿検査等） <input type="checkbox"/> 病理診断報告書 <input type="checkbox"/> 画像報告書（エックス線、CT、MRI、内視鏡、超音波(心エコー含む) 心電図、脳波等） <input type="checkbox"/> 画像（エックス線、CT、MRI等） ※CD-Rでお渡しします <input type="checkbox"/> その他	
開示方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 医師との面談 <input type="checkbox"/> 要約書の交付 <small>※お渡した資料に対して医師からの説明を希望される場合は医師との面談に☑を、さらに要約書もご希望の場合は要約書の交付に☑をお願いします。</small>	

委任状

委任状	
私は、上記の申請者を代理人と定め、貴院が保有する私の診療記録等の開示請求並びにその受療に関する一切の権限を委任します。また、当該診療記録が上記申請者に対して開示されることに同意します。	
委任者（患者本人）自署	①
ご親族（続柄： ）自署	①

診療記録等の開示申請書及び委任状

【本人用】

岡山済生会総合病院
岡山済生会外来センター病院

病院長殿

申込年月日 2026 年 5 月 1 日

申請者情報	氏名	ふりがな さいせい たろう 済生 太郎	生年月日 昭和 42 年 8 月 13 日
	住所	〒700-0013 岡山県岡山市北区伊福町1丁目17番18号	電話番号 090 - 8643 - 1753
	同意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 「診療録開示に関する指針」の内容を承諾します 電話番号は日中連絡可能な連絡先を記載してください	

以下のとおり診療

指針を読んで必ず「✓」をお願いします

開示を受けたい患者

氏名	ふりがな ご本人が請求される場合は、記載不要です	生年月日 年 月 日
----	-----------------------------	---------------

申請者と患者との関係 ※必要添付書類をご準備ください

<input checked="" type="checkbox"/> ①本人
<input type="checkbox"/> ②患者から代理権を与えられた任意後見人
<input type="checkbox"/> ③法定代理人
<input type="checkbox"/> ④患者本人から代理権を与えられた第3親等内の親族
<input type="checkbox"/> ⑤現実に患者の世話をしている第3親等内の親族およびこれに準ずる縁故者で、かつ病院が認めた者
<input type="checkbox"/> ⑥法定相続人

※ ②患者本人が未成年の場合に限る ⑤患者本人が成人で判断能力がない場合に限る

開示を請求する内容

診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 全科	<input type="checkbox"/> 診療科 :
開示期間	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 期間指定 : 一部の必要な場合は、必要な診療科・期間、月 日 記録の内容にご記入ください
診療記録の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 診療記録 (医師・看護師記録、診療情報提供書、病名、退院時要約、処方、指示簿等) <input type="checkbox"/> 看護記録 (経過表、退院時要約等) <input type="checkbox"/> 一般検体検査 (血液、尿検査等) <input type="checkbox"/> 病理診断報告書 <input type="checkbox"/> 画像報告書 (エックス線、CT、MRI、内視鏡、超音波(心エコー含む) 心電図、脳波等) <input type="checkbox"/> 画像 (エックス線、CT、MRI等) ※CD-Rでお渡します <input type="checkbox"/> その他 上記以外の項目を希望される場合は、こちらに記載をお願いします	
開示方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 医師との面談 <input type="checkbox"/> 要約書の交付 ※お渡しした資料に対して医師からの説明を希望される場合は医師との	開示方法は写しの交付となります。医師との面談、要約書をご希望の場合は「✓」をお願いします

委任状

委任状

私は、上記の申請者を代理人と定め、貴院が保有する私の診療記録等の開示請求並びにその受療に関する一切の権限を委任します。また、当該診療録が上記申請者に対して開示されることに同意します。

委任者 (患者本人) 自署

①

ご親族 (続柄 :) 自署

①

診療記録等の開示申請書及び委任状

【親族用】

岡山済生会総合病院
岡山済生会外来センター病院

病院長殿

申込年月日 2026年5月1日

申請者情報	氏名	ふりがな おかやま はなこ 岡山 花子	生年月日 1969年5月12日
	住所	〒700-0021 岡山県岡山市北区国体町2番25号	電話番号 070 - 6249 - 8531
	同意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 「診療録開示に関する指針」の内容を承諾します 電話番号は日中連絡可能な連絡先を記載してください	
		以下のとおり診療指針を読んで必ず「✓」をお願いします 開示を受けたい患者	

氏名	ふりがな さいせい たろう 済生 太郎	生年月日 1930年11月16日
----	------------------------	---------------------

申請者と患者との関係 ※必要添付書類をご準備ください

<input type="checkbox"/> ①本人
<input type="checkbox"/> ②患者から代理権を与えられた任意後見人
<input type="checkbox"/> ③法定代理人
<input checked="" type="checkbox"/> ④患者本人から代理権を与えられた第3親等内の親族
<input type="checkbox"/> ⑤現実に患者の世話をしている第3親等内の親族およびこれに準ずる縁故者で、かつ病院が認めた者
<input type="checkbox"/> ⑥法定相続人

※ ②患者本人が未成年の場合に限る ⑤患者本人が成人で判断能力がない場合に限る

開示を請求する内容

診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 全科	<input type="checkbox"/> 診療科 :
開示期間	<input type="checkbox"/> 全て	<input checked="" type="checkbox"/> 期間指定 : 2022年11月3日～2025年6月20日
診療記録の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> 診療記録 (医師・看護師記録、診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 看護記録 (経過表、退院時要約等) <input checked="" type="checkbox"/> 一般検体検査 (血液、尿検査等) <input checked="" type="checkbox"/> 病理診断報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 画像報告書 (エックス線、CT、MRI、内視鏡、超音波(心エコー含む) 心電図、脳波等) <input type="checkbox"/> 画像 (エックス線、CT、MRI等) ※CD-Rでお渡します <input type="checkbox"/> その他 上記以外の項目を希望される場合は、こちらに記載をお願いします	一部のみ必要な場合は、必要な診療科・期間、記録の内容にご記入ください
開示方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 医師との面談 <input type="checkbox"/> 要約書の交付 ※お渡した資料に対して医師からの説明を希望される場合は医師との面談	開示方法は写しの交付となります。医師との面談、要約書をご希望の場合は「✓」をお願いします

委任状

委任状

私は、上記の申請者を代理人と定め、貴院が保有する私の診療記録等の開示請求並びにその受療に関する一切の権限を委任します。また、当該診療録が上記申請者に対して開示されることに同意します。

委任者 (患者本人) 自署

印

ご親族 (続柄 : 長女) 自署

岡山 花子



診療記録等の開示申請書及び委任状

【代理人用】

岡山済生会総合病院
岡山済生会外来センター病院

病院長殿

申込年月日 2026 年 5 月 1 日

申請者情報	氏名	ふりがな おかやまいちろうほうりつじむしょ たんとうべんごし おかやまいちろう 岡山一郎法律事務所 担当弁護士 田中 一郎	生年月日	年 月 日
	住所	〒700-0021 岡山県岡山市北区国体町2番25号	電話番号	086 - 252 - 1122
	同意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 「診療記録開示に関する指針」の内容を承諾しました 電話番号は日中連絡可能な連絡先を記載してください		

以下のとおり診療

指針を読んで必ず「✓」をお願いします

開示を受けたい患者

氏名	ふりがな	さいせい たろう	生年月日	昭和 42 年 8 月 13 日
		済生 太郎		

申請者と患者との関係 ※必要添付書類をご準備ください

<input type="checkbox"/> ①本人
<input checked="" type="checkbox"/> ②患者から代理権を与えられた任意後見人
<input type="checkbox"/> ③法定代理人
<input type="checkbox"/> ④患者本人から代理権を与えられた第3親等内の親族
<input type="checkbox"/> ⑤現実に患者の世話をしている第3親等内の親族およびこれに準ずる縁故者で、かつ病院が認めた者
<input type="checkbox"/> ⑥法定相続人

※ ②患者本人が未成年の場合に限る

⑤患者本人が成人で判断能力がない場合に限る

開示を請求する内容

診療科	<input type="checkbox"/> 全科	<input checked="" type="checkbox"/> 診療科： 整形外科、脳神経外科、形成外科
開示期間	<input type="checkbox"/> 全て	<input checked="" type="checkbox"/> 期間指定： 2023 年 4 月 1 日～ 2025 年 12 月 31 日
診療記録の内容	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 診療記録（医師・看護師記録、診療情報） <input type="checkbox"/> 看護記録（経過表、退院時要約等） <input type="checkbox"/> 一般検体検査（血液、尿検査等） <input type="checkbox"/> 病理診断報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 画像報告書（エックス線、CT、MRI、内視鏡、超音波（心エコー含む）心電図、脳波等） <input checked="" type="checkbox"/> 画像（エックス線、CT、MRI等） ※CD-Rでお渡しします <input type="checkbox"/> その他	一部のみ必要な場合は、必要な診療科・期間、記録の内容にご記入ください（簿等）
開示方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 医師との面談 <input type="checkbox"/> 要約書の交付	開示方法は写の交付となります。医師との面談、要約書をご希望の場合は「✓」をお願いします

委任状

委任状

私は、上記の申請者を代理人と定め、貴院が保有する私の診療記録等の開示請求並びにその受療に関する一切の権限を委任します。また、当該診療記録が上記申請者に対して開示されることに同意します。

委任者（患者本人）自署

済生 太郎



ご親族（続柄： ）自署

