

## 診療記録等の開示申出書

年 月 日

滝川市立病院長 様

住 所 \_\_\_\_\_

申出者 ふりがな 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_  
患者との関係 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_

次の診療期間に係る診療記録等の開示を申出します。

診 療 期 間		診 療 科 名	
年 月 日～ 年 月 日 (入院・外来)			
年 月 日～ 年 月 日 (入院・外来)			
年 月 日～ 年 月 日 (入院・外来)			
診療記録等の内容	診療録・看護記録・検査記録・手術記録・X線写真 その他 ( )		
開示方法	1 診療記録等の閲覧 2 診療記録等の写しの交付 3 その他 ( )		
申出者が 患者本人 以外の 場合	<small>ふりがな</small> 患者氏名	患者の 生年月日	年 月 日 ( ) 歳
	患者の 住 所	電 話	
	患 者 本 人 の 状 況 (○で囲む)	1 成年被後見人 3 被補助人 5 未成年者(15歳未満) 7 その他 ( )	2 被保佐人 4 未成年者(満15歳以上) 6 死亡
	患者に代わ って申出す る理由		
*事務処 理欄	申出者本人 確認欄	1 運転免許証 2 旅券 3 健康保険証 4 その他 ( )	
	申出者資格 確認欄	1 戸籍謄本 2 その他( )	
*備 考			

- 1 申出者は、申出者であることを証明する書類を提出し、又は提示してください。
  - 2 患者本人以外の者による申出の場合、資格を有することを証明する書類を提出又は提示してください。
  - 3 患者本人(15歳未満の未成年者、成年被後見人及び死亡している場合を除く。)以外の申出の場合は、本人の同意書(別記様式第2号様式)を提出してください。
- \* 印欄は、記入しないでください。

(別紙1)

別表第1

本人であることの確認	1 運転免許証 2 旅券(パスポート) 3 官公庁等身分証明書(写真付) 4 健康保険証 5 老人保健法医療受給者証 6 年金証書(手帳) 7 身体障害者手帳 8 申請書に押印した印の印鑑証明書 9 写真付身分証明書(会社・学生証) 10 公の機関が発行した資格証明書(写真付) 11 その他( )
------------	--

別表第2

法定代理人・親族等・遺族等であることの確認	1 戸籍謄本(抄本) 2 住民票(謄本又は抄本) 3 家庭裁判所の証明書 4 その他患者本人との関係を確認し得る書類 ( )
-----------------------	--

注1 申出時の氏名が診療時の氏名と異なる場合は、旧姓等が確認できる書類

注2 法定代理人の場合は、法定代理人が本人であること、及び患者本人の法定代理人であることが確認できる書類

注3 親族等の場合は、親族等が本人であること、及び患者本人の親族等であることが確認できる書類

注4 遺族等の場合は、遺族等が本人であること、及び患者本人の遺族等であることが確認できる書類