

診療記録等の開示申出書 記入方法

申出日をご記入ください。

(別紙2)
別記第1号様式

診療記録等の開示申出書

年 月 日

申出される方についてご記入ください。申出内容を確認する際の携帯電話、又は日中の連絡先電話番号を必ずご記入ください。

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。

開示方法について1～3のうち該当箇所に○印をつけてください。

申出者をご本人の場合は記入不要です。

当院処理欄です。ご記入は不要です。

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	診療記録・看護記録・検査記録・手術記録・×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	ふりがな 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 2 被保佐人 3 被補助人 4 未成年者(満15歳以上) 5 未成年者(15歳未満) 6 死亡 7 その他 ()	
	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。