

診療記録等開示請求書

(請求先) 医療法人公仁会 殿

(請求日) 年 月 日

以下のとおり、診療記録等の開示を請求します。
 なお、開示に係る費用等について遅滞なく支払いすることに同意します。

1 診療記録等の開示を受けたい患者氏名	診察券番号			
	氏名		生年月日	
	住所			
	電話番号			
2 開示請求者 ※開示請求者が本人の場合は、氏名より下欄は記入不要	患者との続柄 ^(※1)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意後見人 <input type="checkbox"/> 親族及びこれに準ずる方 <input type="checkbox"/> 任意代理人 () <input type="checkbox"/> 患者遺族 ^{※1}		
	氏名		生年月日	
	住所			
	電話番号			
3 開示の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 医師面談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 写しの交付 受け取り方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 要約書			
4 開示を請求する範囲(期間)	<input type="checkbox"/> 指定なし(全期間) <input type="checkbox"/> 指定あり(以下の期間に作成された診療記録) _____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日			
5 開示を請求する診療記録等 ※特に指定がない場合は記入不要	<input type="checkbox"/>	診療記録すべて	補足情報	
	<input type="checkbox"/>	診療録		
	<input type="checkbox"/>	検査所見記録(検査報告書)		
	<input type="checkbox"/>	画像(単純X線・CT・MRI等)		
	<input type="checkbox"/>	看護記録		
	<input type="checkbox"/>	その他()		
	<input type="checkbox"/>	診療記録以外の提出書類		

*1 患者遺族 : 配偶者及び、二親等以内の血族である方

※委任状または同意書の偽造による不正請求を防ぐため、開示請求者が代理人の場合、患者本人にご確認させていただくことがあります。

病院使用欄 申込者本人確認方法

身分証明書 (1つでよい)	運転免許証、パスポート、身体障害者手帳、マイナンバーカード(通知カードは不可)等、 その他公的機関の発行するもので、顔写真・氏名・生年月日の記載があるもの
上記以外の2点	健康保険証/資格確認書 年金手帳 住民票 年金証書 運転経歴証明書
	法律事務所の場合は弁護士であることを証明できるもの 保険会社の場合はその職員であることを証明できるもの

当院確認欄

受付	診療科部長	担当医	院長	開示実施	費用徴収