

様式 1

診療記録等の開示請求書

令和 年 月 日

JCHO星ヶ丘医療センター 院長 殿

(ふりがな)

請求者氏名 患者との続柄 ()

住所

〒 電話番号 ()

下記のとおり診療記録等の開示を請求します。

1. 開示を請求する診療記録等 (太枠内を○で囲んでください)

※請求者が患者本人でない場合は、患者氏名及び診察券番号を必ずご記入ください

患者氏名: _____

診察券番号: _____ 不明の場合は生年月日: 年 月 日

(1)診療記録 (2)X線画像 (3)その他 ()

対象診療科 () (1)外来 (2)入院

対象期間 (1) 年 月 日 ~ 年 月 日 (2)すべて

2. 開示の実施方法 (太枠内を○で囲んでください)

(1)閲覧 (2)写しの交付 (3)口頭による説明 (病院で交付・着払いで郵送)

3. 本人確認等 (太枠内を○で囲んでください)

①開示請求者 (患者との関係)

(1)本人 (2)法定代理人 (3)任意後見人 (4)親族 (5)遺族

②請求者本人確認書類

(1)運転免許証 (2)健康保険証 (3)パスポート (4)その他 ()

③本人の状況等 **※請求者が患者本人でない場合にのみ、ご記入ください**

(ア)本人状況 (1)未成年者 (年 月 日生) (2)成年被後見人

(ふりがな)

(イ)本人氏名 _____ **本人が15歳以上の場合自署で**

(ウ)本人住所 _____

④請求資格確認書類 (本人以外が請求する場合)

(1)戸籍謄本 (2)その他 ()