

見本

診療記録開示請求書

記入日

2000年 00月 00日

群馬大学医学部附属病院長 殿

以下のとおり診療記録の開示を請求します。

(ふりがな)	ぐんだい たろう		
請求者氏名 (自署または記名押印)	群大 太郎		
住所	〒 000 - 0000 群馬 都道府県 前橋市 昭和町00-00		
生年月日	㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ( ㊦ ㊦ 歳)		
電話番号	( 000 ) 000 - 0000	携帯電話	( 000 ) 0000 - 0000
請求する内容	<input type="checkbox"/> 全受診診療科 <input checked="" type="checkbox"/> 診療科指定 ( 循環器内 科 ) <input checked="" type="checkbox"/> 入院診療記録 <input checked="" type="checkbox"/> 外来診療記録 <input checked="" type="checkbox"/> 画像記録 (CD-R) <input type="checkbox"/> 音声記録 (CD-R) <input type="checkbox"/> 全期間 <input checked="" type="checkbox"/> 期間指定 ( 0000年00月00日 ~ 0000年00月00日 ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 例: 血液検査の結果 )		
開示の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧		
受取の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 請求者へ送付 (郵送料金は請求者負担)		
同席者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 群大 花子 患者との続柄 妻 ) (氏名 患者との続柄 ) (氏名 患者との続柄 )		

開示内容の具体的な希望などがあれば記載

患者本人と別住所の場合は記載

請求者が患者本人以外の場合

(ふりがな)	ぐんだい いちろう		
患者氏名	群大 一郎		
住所	〒 - 都道府県 同上		
生年月日	㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ㊦ ( ㊦ ㊦ 歳)		
電話番号	( 027 ) 000 - 0000		
患者との関係	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 (続柄 ) <input type="checkbox"/> 任意後見人 (続柄 ) <input checked="" type="checkbox"/> 代理権のある親族等 (続柄 長男 ) <input type="checkbox"/> 死亡した者の遺族 (続柄 )		

親族以外で代理権のある方はこちらへ記載  
例) 弁護士、保険会社等

(注) 1 請求者本人であることを確認できる証明書等を提示してください。

2 請求者が患者本人以外の場合は、この請求書以外に患者本人との関係が明らかにできる書面等を提示してください。

〔開示確認欄〕

開示年月日	年 月 日
受取者・閲覧者	