

診療記録開示請求書

年 月 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)			
請求者氏名 (自署または記名押印)			
住 所	〒 ー 都道府県		
生 年 月 日	㊦・㊧・㊨ 年 月 日 (歳)		
電 話 番 号	() ー	携 帯 電 話	() ー
請 求 す る 内 容	☐ 全受診診療科 ☐ 診療科指定 (科) ☐ 入院診療記録 ☐ 外来診療記録 ☐ 画像記録 (CD-R) ☐ 音声記録 (CD-R) ☐ 全期間 ☐ 期間指定 (年 月 日 ~ 年 月 日) その他 ()		
開 示 の 方 法	☐ 写しの交付 ☐ 閲覧		
受 取 の 方 法	☐ 来院 ☐ 請求者へ送付 (郵送料金は請求者負担)		
同 席 者 の 有 無	☐ 無 ☐ 有 (氏名 患者との続柄) (氏名 患者との続柄) (氏名 患者との続柄)		

請求者が患者本人以外の場合

(ふりがな)			
患 者 氏 名			
住 所	〒 ー 都道府県		
生 年 月 日	㊦・㊧・㊨・㊩ 年 月 日 (歳)		
電 話 番 号	() ー		
患 者 と の 関 係	☐ 未成年者の法定代理人 (続柄) ☐ 任意後見人 (続柄) ☐ 代理権のある親族等 (続柄) ☐ 死亡した者の遺族 (続柄)		

- (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 ・ 閱 覧 者	

開示担当者記入欄

診 察 券 番 号		コピー有無	☐ 有・ ☐ 無
請求者の本人確認書類	☐ 運転免許証 ☐ 保険証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ）		

請求者が患者本人以外の場合 ☐ 患者本人の為記入不要

患者との関係確認書類	☐ 戸籍謄本 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）
患者の同意確認書類	☐ 委任状 ☐ 同意書 ☐ その他（ ） ※下記理由のため不要 ☐ 患者死亡 ☐ 15歳未満 ☐ その他（ ）

受 付 年 月 日	年 月 日	
受 付 担 当 者		

〔開示確認欄〕

開 示 年 月 日	年 月 日	
診療記録開示担当者		