

診療記録等の開示申込書

年 月 日

医療法人友広会
大阪本町メディカルクリニック
院長 濱田 達雄 殿

患者本人 氏名： _____ 印 _____
(代理人) _____
生年月日： _____
住所： _____
電話番号： _____

(患者本人が請求する場合は氏名欄に自署して下さい)

次のとおり、上記の患者に係る診療記録等の開示を請求します。

1. 請求者（該当する番号を○で囲ってください）

- ① 本人
② 代理人 法定代理人
③ 代理人 それ以外の親族またはこれに準ずる者

(③の場合は患者本人の意思が確認できる委任状を添えて下さい)

代理人（自署）氏名： _____ 印 _____
生年月日： _____
住所： _____
電話番号： _____
本人との関係： _____

2. 開示を請求する診療記録等の種類（該当する種類を○で囲ってください）

診療録	検査記録	検査成績	看護記録
レントゲンCD-R	その他（		）

3. 開示を請求する診療記録等の期間

（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）

4. 開示方法（該当する方法を○で囲ってください）

閲覧と説明 写しの交付

5. 開示の理由