

年 月 日

松本外科病院 院長 殿

申出者 住所

氏名

印

電話番号

患者との続柄 ()

下記のとおり診療記録等の開示を申請します。

1 申出者

本人

本人以外

①未成年者の法定代理人

②成年後見人

③患者本人より代理権を与えられた親族

(患者との関係:)

④遺族 (患者との関係:)

⑤委任を受けた弁護士

*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。

*④の場合は、申出者と患者本人との関係を証明するために患者本人の戸籍謄本(除籍)と申出者本人の戸籍抄本を添付してください。

*⑤の場合は、委任をした者(患者本人、法定代理人又は遺族)の委任状(第4号様式)、弁護士であることを証明できる書類、委任をした者と弁護士の本人を確認する書類を添付して下さい。

2 患者本人以外の提供申出者の場合の患者本人の氏名等

患者氏名

生年月日

住所

電話番号

3 開示を申し出る診療記録の範囲

[Empty box for medical record disclosure range]

4 希望する開示の方法

① 閲覧 ② 写しの交付

5 開示を申し出る理由

[Empty box for disclosure reason]

*事務局処理欄

資格確認 申出者本人 1. 運転免許証 2 健康保険証 3 パスポート 4 その他 ()
患者との関係 1. 戸籍謄本 2 その他 ()