

診療記録の開示申出書

年 月 日

まつもと整形救急外科病院 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	☐ ①未成年者の法定代理人
	☐ 本人以外	☐ 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

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

*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 ()