

診療記録の開示申出書

年 月 日

済生会江津総合病院 病院長 殿

下記のとおり、診療記録の開示を申請します。

1. 診療記録の開示申出者

氏 名 _____

生年月日 _____

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

患者との関係 _____

2. 診療記録の開示申出者区分

該当するもの 1 つにレ点を記入

- ①患者本人 ②法定代理人（親権者・未成年後見人・成年後見人）
 ③任意後見人 ④患者から委任された代理人
 ⑤患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族*1
 ⑥患者が既に死亡している場合、患者本人の法定相続人

*1 二親等以内の方が対象です。

3. 診療記録の開示対象となる患者

氏 名 _____

生年月日 _____

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

4. 開示を希望する診療記録の範囲（具体的に記載して下さい。別紙を添付しても構いません。）

5. 希望する開示の方法

該当するもの 1 つにレ点を記入 ①写しの交付 ②閲覧

【留意事項】

1. 当該様式提出の際には、申出者の身分証明書を添付、又は提示して下さい。
2. 患者さん本人以外による申し出の場合は、申出者区分により必要書類が異なります。
(別紙1) 診療記録開示に関するご案内 をご確認の上、必要書類を提出してください。
3. 開示を希望する診療記録の範囲について
提供対象となる診療記録の範囲を確認する上で非常に重要です。具体的に記載して下さい。
必要に応じて、別紙を添付して頂いても構いません。
その際には、「別紙●●参照。」・「添付の●●参照。」と記載して下さい。

事務局記載欄

窓口交付の場合

開示された診療記録の受取確認

交付年月日 _____ 年 月 日

診療記録開示申出者 署名 _____

郵送交付の場合

開示された診療記録の郵送確認

郵送年月日 _____ 年 月 日