

診療記録等の開示申込書

No. _____

_____年 _____月 _____日

まつなみ健康増進クリニック
クリニック長 殿

患者氏名
(本人・直筆) 氏名 _____
生年月日 _____ M. T. S. H. R. _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

電話番号 (_____) - (_____) - (_____)

次のとおり、診療記録等の開示を請求します。

1 申請者 (該当に○を記入)

() ①患者本人 () ②代理人・法定代理人 (②は下記へ記載してください)

* 身分証明書(免許証等)の提出をお願いいたします

申請者氏名 _____ 印

住所 _____

代理人理由

電話番号 (_____) - (_____) - (_____)

・ _____ 患者様との関係 _____

* ②代理人による請求の場合には、下記の添付が必要です

- ・患者本人の意思が確認できる委任状
- ・患者本人との関係が証明できるもの(戸籍謄本)

※申請者が患者本人である場合は、申請者欄の住所、電話番号は記入する必要はありません。

2 開示請求の理由

3 開示の方法 (□にチェックしてください)

☐ 閲覧

☐ 写しの交付(要諸経費)

☐ その他(_____) (必要に応じ要諸経費)

*

4 開示請求の範囲

科 _____	年 _____	月 _____	日 _____	～	年 _____	月 _____	日 _____	_____
科 _____	年 _____	月 _____	日 _____	～	年 _____	月 _____	日 _____	_____
科 _____	年 _____	月 _____	日 _____	～	年 _____	月 _____	日 _____	_____

5 カルテ開示をキャンセルする場合は早めにお申し付けください。

開示の準備状況に応じてはキャンセル料金(開示手数料)を頂く場合がございます。
治療の遂行上等、ご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください。

(般)

診療記録等の開示申込書

No. _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

まつなみ健康増進クリニック
花立 史香 クリニック長 殿

患者氏名 氏名 _____
生年月日 M. T. S. H _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所 _____
電話番号 (_____) - (_____) - (_____)

次のとおり、診療記録等の開示を請求します。

- 1 申請者 (該当に○を記入) () 代理人 () 法定代理人
* 身分証明書(免許証等)の提出をお願いいたします

代理人氏名 _____ 印
(代理人直筆)

代理人住所 _____

電話番号 (_____) - (_____) - (_____)

患者様との関係 _____

* _____

* 代理人による請求の場合には、下記の添付が必要です。

・患者様本人との関係が証明できるもの(戸籍謄本)

2 開示請求の理由

3 開示の方法 (□にチェックしてください)

☐ 閲覧 ☐ 写しの交付(要諸経費)
☐ その他(_____) (必要に応じ要諸経費)

* _____

4 開示請求の範囲

科	年	月	日	～	年	月	日	
科	年	月	日	～	年	月	日	
科	年	月	日	～	年	月	日	

- 5 カルテ開示をキャンセルする場合は早めにお申し付けください。
開示の準備状況に応じてはキャンセル料金(開示手数料)を頂く場合がございます。
治療の遂行上等、ご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください。

(遺)