

# ※見本

# 診療記録等の開示申込書

No. \_\_\_\_\_

↑空欄で結構です。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

↑記入日をお願い致します。

まつなみ健康増進クリニック  
クリニック長 殿

↓記入をお願い致します。

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。

↓記入をお願い致します。患者本人の場合は( )に○、氏名及び、患者様との関係に「本人」とご記入下さい。

## 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

↑おそれ入りますが可能でしたら、記入をお願い致します。

## 3 開示の方法 (□にチェックしてください) ↓□にレ点をお願い致します。

☐ 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

↑科は未記入でも結構です。

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)