

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 _____ 氏名
(本人の場合 直筆) 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 開示の方法 (□にチェックしてください)

☐ 閲覧

※電子カルテの修正履歴

「修正履歴含む」場合、修正前と修正後の両方を印字したものを交付します。

☐ 写しの交付 (☐ 修正履歴含む)

※修正履歴を含めると、含まない場合に比べ印刷枚数が多くなります。

☐ その他(_____) (必要に応じ要諸経費)

* 「郵送のため、立会いによる原本と複写との照合できないことに同意します。」

署名 _____ 印

3 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

※申請後キャンセルされる場合は3日以内をお願い致します。

それ以降のキャンセルの場合、手数料3,000円(税抜)をいただきますのでご了承下さい。

※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。