

# 診療記録等の開示申込書

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

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

松波総合病院・まつなみ健康増進クリニック  
病院長・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 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) - ( \_\_\_\_\_ ) - ( \_\_\_\_\_ )  
代理人理由 \_\_\_\_\_  
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

☐ 写しの交付 ( ☐ 修正履歴含む )

※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。

※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。