

診療記録等の開示申込書 診療所用

平成 年 月 日

院長 殿

患者氏名

生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦 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 請求者 () 本人

該当欄に を記入

() 本人以外の方

() 法定代理人

() 患者本人から代理権を与えられた親族

の場合には患者本人の意思が確認できる委任状を添えて下さい。

() 現実に患者の世話をしている親族又はこれに準じる方

の方による請求は、患者本人が成人で判断能力が充分でない場合に
限ります。詳しくは受付にお尋ね下さい。

請求者氏名

請求者住所

電話番号 () - () - ()

本人との関係

2 開示を請求する診療記録等の範囲

3 希望する開示の方法

閲 覧

写しの交付

要約書