

診療記録開示申請書

医療法人社団親豊会
池袋なないろクリニック殿

下記のとおり、診療記録の開示を希望します。

患者情報	フリガナ		患者ID	
	患者氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
開示申請者情報	フリガナ		電話番号	※日中連絡がつく番号
	氏名			①
				②
	住所	〒		
開示申請者	<input type="checkbox"/> ①患者本人(※免許証、保険証等でご本人確認をさせていただきます)			
	<input type="checkbox"/> ②患者本人から委任された者(※患者本人の委任状が必要です)			
	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族(父・母・子・兄・弟・姉・妹・()) <input type="checkbox"/> 患者の親族に準ずる者(本人との続柄:) <input type="checkbox"/> その他(会社名等:)			
		<input type="checkbox"/> ③法定代理人(患者が合理的判断できない状態にある場合又は15歳未満の場合) 本人が開示申請できない理由: ()		
開示申請する範囲	期間	① 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日		
		② 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日		
		③ 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日		
開示情報	電子カルテ			
	<input type="checkbox"/> 診療記録 ・全診療科及び看護記録を含む記録 ・検査結果報告書			
	<input type="checkbox"/> 画像データ(レントゲン) <input type="checkbox"/> その他()			

申請のとおり、確かに診療記録の写し(コピー)を受け取りました。

(西暦) 年 月 日 ・署名 _____ (続柄:)