

## 診療記録等の開示請求書

年 月 日

関西メディカル病院 院長 殿

(ふりがな)

請求者氏名

㊞

患者様との続柄 ( )

住所  
〒

電話番号

私は、貴院が保有する下記の診療記録等の開示を請求致します。

## 1. 開示を請求する診療記録等(該当するものを○で囲む)

患者氏名

生年月日

診察券番号

(1) 希望開示期間 ①すべて

② 年 月 日 ~ 年 月 日

(2) 診療記録 ・ 看護記録

(3) 検査記録

(4) 画像記録

(5) その他

## 2. 開示の実施方法

(1) 閲覧 (2) 写しの交付 (3) 医師からの説明

## 3. 本人確認等 (太枠内を○で囲んでください)

## ① 開示請求者(患者様との関係)

(1) 本人 (2) 法定代理人 (3) 任意後見人 (4) 親族 (5) 遺族

(6) その他( )

## ② 請求者本人確認書類

(1) 運転免許証 (2) 健康保険証 (3) パスポート (4) 戸籍謄本

(5) その他( )

受付