

患者番号			
氏 名			
性 別	男	・	女
生年月日	年	月	日生

年 月 日

住所

氏 名

印

電話番号

開示を受けたい 内 容 ※	(1) 診療録 ( 年 月 日～ 年 月 日 ) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 [ ]				
	(2) X線画像等 ( 年 月 日～ 年 月 日 ) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 [ ]				
	(3) 看護記録 ( 年 月 日～ 年 月 日 ) 超音波画像を希望する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> [ ]				
患者から見た申請 者との関係※	1. 本人 2. (親権者・未成年/成年被後見人の)法定代理人(続柄: ) 3. 任意代理人(続柄: ) 4. 遺族(続柄: )				
法定代理人等が 開示請求する場合	※患者の状況	未成年者	15歳未満		成年被後見人
			15歳以上	同意の 有 ・ 無	
患者の住所 <small>申請者と同一の場合は、記入不要 です</small>					
必要書類	1. 法定代理人 戸籍謄本(抄本) / 住民票 / その他法定代理人関係を確認しうる書類				
	2. 任意代理人 登記事項証明書 / 公正証書 / 戸籍謄本				
	3. 遺族 戸籍謄本(患者が亡くなったことがわかるもの/患者との間柄を示す書類)				
※ 希 望 す る 開 示 の 方 法		( 1 ) 閲 覧 ( 2 ) 写 し <input type="checkbox"/> 電磁的記録を 用紙に出力			

注5 患者の相続人等であることを証する書類(戸籍謄本など)を提出又は提示してください。

次の欄は記入する必要はありません。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
確認した記号番号等	
備考	