

(様式1)

診療情報開示請求申請書

年 月 日

医療法人徳洲会 皆野病院
病院長殿

請求者
氏名 _____
住所 _____
電話 _____

がある項目は、該当する箇所にレ点を入れてください。

開示を希望する記録	<input type="checkbox"/> 診療記録（医師の記録）	<input type="checkbox"/> 注射・処方薬	<input type="checkbox"/> 検査記録	
	<input type="checkbox"/> 画像検査	<input type="checkbox"/> 手術記録	<input type="checkbox"/> 看護記録	
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
開示の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付	<input type="checkbox"/> 医師による説明	<input type="checkbox"/> 閲覧	
開示請求期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
請求者が本人以外の場合	<input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> 診療契約に関する法定代理権を付与されている保佐人・補助人 <input type="checkbox"/> 未成年者（満15歳以上）の法定代理人 <input type="checkbox"/> 未成年者（満15歳未満）の法定代理人 <input type="checkbox"/> 診療契約に関する代理権を付与されている任意後見人 <input type="checkbox"/> 患者の同意を得た任意代理人 <input type="checkbox"/> 患者の同意を得た親族等（患者との関係： _____） <input type="checkbox"/> 患者が合理的な判断をなし得ない場合において、実質的に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者（患者との関係： _____） <input type="checkbox"/> 患者が死亡した場合において、実質的に患者の世話をしていた遺族（患者との関係： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）			
	患者情報	氏名	_____ (ID: _____)	
		生年月日	明/大/昭/平/令 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		住所	〒 _____	
		電話番号	_____	

- [注] 1. 患者本人（以下、「患者」という。）以外の者による請求の場合は、請求者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出または提示してください。
 2. 患者が満15歳以上の場合は、患者の委任状を提出してください（成年被後見人を除く）。
 3. 患者の同意を得た者として請求する場合は、患者が自署した委任状に患者の実印を押印し、その印鑑登録証明書をあわせて提出してください。

病院使用欄	患者本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/>
	患者本人以外	<input type="checkbox"/> その他： _____			
		<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 住民票
備考	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他： _____	受付	