（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。

<table>
<tr><td rowspan="3">開示を
希望する記録</td><td colspan="2">□ 診療記録（医師の記録）</td><td>□ 注射・処方薬</td><td>□ 検査記録</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 画像検査</td><td>□ 手術記録</td><td>□ 看護記録</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ その他 （</td><td></td><td>）</td></tr>
<tr><td>開示の方法</td><td colspan="2">□ 写しの交付</td><td>□ 医師による説明</td><td>□ 閲覧</td></tr>
<tr><td>開示請求期間</td><td colspan="4">年　月　日～　年　月　日
年　月　日～　年　月　日</td></tr>
<tr><td>請求者が
本人以外の場合</td><td colspan="4">□ 成年被後見人の法定代理人
□ 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
□ 未成年者（満15歳以上）の法定代理人
□ 未成年者（満15歳未満）の法定代理人
□ 診療契約に関する代理権を付与されている任意後見人
□ 患者の同意を得た任意代理人
□ 患者の同意を得た親族等 （患者との関係：　　）
□ 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：　　）
□ 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：　　）
□ その他 （　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">患者
情報</td><td>氏　名</td><td colspan="3">（ID：　　）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">明/大/昭/平/令　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

〔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。

<table>
<tr><td rowspan="4">病院使用欄</td><td>患者本人</td><td>□ マイナンバーカード</td><td>□ 運転免許証</td><td>□ 旅券</td><td>□</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">□ その他：</td></tr>
<tr><td>患者本人以外</td><td>□ 委任状</td><td>□ 印鑑登録証明書</td><td>□ 戸籍謄本</td><td>□ 住民票</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">□ マイナンバーカード</td><td>□ 運転免許証</td><td>□ その他：</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="2"></td><td>受付</td><td></td></tr>
</table>