

診療記録開示申請書

年 月 日

ゆぐちクリニック 院長殿

以下のとおり、診療記録の開示を請求します。

なお、開示に係る費用等について遅滞なく支払いすることに同意します。

また、請求者が患者と異なる場合は、患者本人に開示請求について問い合わせすることに同意します。

請求者	住所 〒 -	電話番号 () -			
	(ふりがな) () 氏名	生年月日	年	月 日 (歳)	
	診察券番号	← 請求者が患者本人でない場合や、不明な場合は不要			
	患者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 ^(*1) <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 任意代理人 ^(*2) () <input type="checkbox"/> 任意後見人 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他()			
開示対象患者 <small>(請求者が患者本人でない場合のみ記入)</small>	住所 〒 -	電話番号 () -			
	(ふりがな) () 氏名	生年月日	年	月 日	
	診察券番号	← 不明な場合は不要			
開示を受けたい 内容・期間	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> 画像(レントゲン等) <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
診療科(部)名	<input type="checkbox"/> 全診療科 <input type="checkbox"/> 診療科指定()				
電子カルテ 修正履歴	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※修正履歴・・・一旦記録した内容を修正した場合の履歴情報 要の場合は、印刷枚数が増えます。				
開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧				
	<input type="checkbox"/> 写しの交付				
特記事項 使用目的等					

*1 法定代理人:親権者、成年後見人、未成年後見人等

*2 任意代理人:保険会社、弁護士、弁護士法人等、代理権を付与されることが法律上認められている方に限る