

診療記録等開示申請書

年 月 日

ABC クリニック
院長 殿

下記のとおり診療記録の開示を請求いたします。

氏名 (自署) _____ (印) _____ 住所 _____

受診者との関係 _____ 電話 _____

(日中連絡がとれる連絡先)

診療記録の 開示を受けたい 受診者	ふりがな			
	受診者氏名			
	住所	電話 (日中連絡がとれる番号) :		
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生	性別	男 ・ 女
開示を希望する 番号に○をつけて ください	1.診療記録 (カルテ)			
	2.画像			
	3.その他の書類 ()			
開示を希望する理由(差し支えない範囲でご記入ください)				

申込者本人確認方法

1つでよい	運転免許証 旅券 運転経歴証明書 写真付マイナンバーカード 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 在留カード 外国人登録証明書
2つ必要 A+A または A+B	(A) 保険証 年金手帳 共済組合員書 介護保険被保険者証 預金通帳 他
	(B) 会社の身分証明書または学生証 (氏名・住所または生年月日のもの) 公的機関が発行した 写真付資格証明
申込者資格確認方法	戸籍謄本 住民票 家庭裁判所の証明書 その他、代理人関係を確認し得る書類