

様式1

## 診療録等開示請求書

年 月 日

医療法人芳恵会 三好病院・介護医療院  
院長 田中恒雄 様

請求人 〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、診療録等の開示を請求します。

1 開示請求に係る患者	〒 _____ 住所 _____ 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日) 電話番号 _____ ( )
2 請求人と患者との間柄 (患者以外が請求する場合は必ず記載)	(1) 患者の親族 ((患者からみて)夫、妻、父、母、子、祖父、祖母、その他( )) (2) 患者の親権者、成年被後見人の法定代理人(証明するものを提示) (3) その他 ( ) *患者との関係を記載のうえ、関係を証する書面(戸籍謄本等)を提出。 *原則として患者が開示を認めていることを証する書面(委任状)を添付。
3 開示を請求する内容	(1) 診療科名 ( ) (2) 開示請求する期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 (3) 診療録等の種類(該当する番号又は・を○で囲んでください。) ① 診療録(カルテ) ② 画像検査 ③ 検査記録及び結果 ④ 看護記録 ⑤ その他 ( )
4 開示方法	該当する番号を○で囲んでください。 (1) 閲覧 (2) 写しの交付 (3) 閲覧及び写しの交付