

診療記録開示申請書

年 月 日

TOM 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	明・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)	希望期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日		
	2.手術・麻酔記録			
	3.検査記録・検査成績表			
	4.画像			
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 写真付住民基本台帳カード 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 他
2つ必要 A+A または A+B	(A) 保険証 診察券 国民年金手帳 国民・厚生年金証書 介護保険被保険者証 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