

診療記録等の開示申込書

_____年_____月_____日

医療法人友広会
整形外科ひろクリニック
院長 鞠 浩康 殿

患者本人 氏名 : _____ 印 _____
(代理人) _____
生年月日 : _____
住所 : _____
電話番号 : _____

(患者本人が請求する場合は氏名欄に自署して下さい)

次のとおり、上記の患者に係る診療記録等の開示を請求します。

1. 請求者（該当する番号を○で囲ってください）

- ① 本人
- ② 代理人 法定代理人
- ③ 代理人 それ以外の親族またはこれに準ずる者

(③の場合は患者本人の意思が確認できる委任状を添えて下さい)

代理人（自署）氏名 : _____ 印 _____
生年月日 : _____
住所 : _____
電話番号 : _____
本人との関係 : _____

2. 開示を請求する診療記録等の種類（該当する種類を○で囲ってください）

診療録 検査記録 検査成績 看護記録
レントゲンCD-R その他 ()

3. 開示を請求する診療記録等の期間

(年 月 日 ~ 年 月 日)

4. 開示方法（該当する方法を○で囲ってください）

閲覧と説明 写しの交付

5. 開示の理由