

# 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 梶 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