

## 診療記録等の開示申込書

年 月 日

第二協立病院院長 殿

患者氏名

生年月日 西暦 年 月 日

住所

電話番号 ( )-( )-( )

次のとおり、診療記録等の開示を請求します。

1. 請求者 ( ) 本人

\*該当欄に○を記入

( ) 本人以外の方

( ) ①法定代理人・法定相続人

( ) ②患者本人から代理権を与えられた親族

\*②の場合には患者本人の意思が確認できる委任状を添えてください。

( ) ③現実に患者の世話をしている親族又はこれに準じる方

\*③の方による請求は、患者本人が成人で判断能力が充分でない場合に  
限ります。この箇所は請求者が  
自分でお書きください

請求者氏名

印

請求者住所

電話番号 ( )-( )-( )

本人との関係

2. 希望する開示の方法

① 閲覧

② 写しの交付

3. 写しの交付を希望された場合の使用目的

--