

診療記録開示請求書

年 月 日

地方独立行政法人

市立大津市民病院長 様

請求者

住所（居所）：〒 _____

氏 名： _____

電話番号： _____

次のとおり診療記録の開示を請求します。

1 開示請求に係る診療記録の内容 (診療情報が特定できるよう具体的に記入してください。)	
2 希望する開示の実施方法の区分 (希望する方法を○で囲んでください。)	1 診療記録の開示 (1)診療記録の閲覧 (2)診療記録の写しの交付 2 その他 ()
3 本人の状況等 (代理人が請求する場合に記入してください。)	本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者(年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> その他
	本人の氏名
	本人の住所(居所)
	代理人が請求する理由

(注) 1 本人が請求する場合は、本人であることを示す書類(運転免許証、旅券等)を提示し、又は提出してください。

2 代理人が請求する場合は、代理人自身の(注)1の書類に加え、代理人の資格を証明するために必要な書類(戸籍謄本等)を提示し、又は提出してください。

※以下の欄には記入しないで下さい。

請求者本人の資格	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()		
代理人の資格確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()		
診療情報管理室	受付窓口	收受番号	号
		收受年月日	年 月 日
備考			