

(様式 1)

## 診療記録開示請求申込書(記入例)

令和△年□月○日

君津中央病院長殿

請求者住所 千葉県木更津市桜井1010

請求者氏名 君津 花子 印

電話番号 0438-36-1071

携帯番号 090-1234-5678

下記のとおり請求します。

日中連絡が取れる番号  
を記入してください。

診療科	消化器内科	
診療期間	初診日(平成元年)～1年間分	
開示を希望する記録	<input checked="" type="checkbox"/> 診療経過の要約書 <input checked="" type="checkbox"/> 診療記録 <input checked="" type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> エックス線写真 CT・MRI <input type="checkbox"/> その他	
患者本人以外の請求 の場合の患者本人の 氏名等	患者本人以外 の請求になった 理由	<input type="checkbox"/> 満20歳未満の患者の法定代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 患者本人から代理権を与えられた配偶者 <input type="checkbox"/> 実質的に患者のケアを行なっている親族又はそれに準 ずる者、若しくは「精神保健および精神障害者福祉に関 する法律」に規定される保護者 <input type="checkbox"/> その他の代理人
	患者本人の氏名	君津 太郎 (続柄) 妻
	患者本人の住所 及び電話番号	千葉県木更津市桜井1010 0438-36-1071
* 事務局処理欄	申請者本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 厚生年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )
* 備考		

注1) 各欄に必要事項を記入し、該当する□にレを記入してください。

注2) 請求の際は、本人であることを確認するために必要な書類の提出又は提示が必要です。

注3) 法定代理人による請求の場合は、請求者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出し、また患者本人(又は法定代理人)以外の申請は、患者本人の同意書(様式2)を提出してください。

注4) 「本人の住所及び電話番号」欄には、本人の連絡先が本人の住所及び電話番号と異なるときは、連絡先も併せて記入してください。

注5) \*印欄は、記入しないでください。