

様式1

診療録等開示申請書

三宿通りこどもクリニック 様

請求人

氏名 _____ 生年月日 年 月 日 生

〒 住所 _____

電話 - - -

次のとおり、診療録等の開示請求します

開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
1.請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書
2.開示請求に係る患者	患者番号（ ） 氏名 生年月日 西暦 年 月 日（ 歳） 患者確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
3.患者本人の状況等（※法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）	（ア） 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"/> 任意代理人委任者 （イ） 本人の氏名（ ） （ウ） 本人の住所又は居所 〒
4.患者との関係	（1）患者の親族（患者からみて）夫、妻、父、母、子、祖父、祖母、 （2）患者の親権者、成年被後見人の法定代理人（証明するものを提示） （3）その他（ ）
5.法定代理人の場合 請求資格確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他
6.任意代理人の場合 請求資格確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他
7.開示を請求する内容	（1）開示請求する期間： 年 月 日～ 年 月 日 （2）診療録等の種類（該当する番号又は・を○で囲んでください。） 1.診療記録複写 2.検査画像（エコー）

年 月 日