

診療録等の開示申請書

平成 年 月 日

けやき内科院長 加藤 景介 様

〒
住 所 _____

(フリガナ)

氏 名 _____

電話番号 _____ () _____

患者様との続柄 () _____

次のとおり、診療録等の開示を申請します。

内容*	(1) 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日迄 (2) 開示内容 ①診療録 ②レントゲン
希望する 開示方法*	(1) 電子カルテ閲覧 (2) 電子カルテ印刷 (3) 医師による口頭説明
希望開示日	平成 年 月 日～平成 年 月 日(1ヶ月以内)

法定代理人・家族が開示を請求する場合

(フリガナ) 患者様氏名	
患者様住所	
電話番号	
本人の状況*	(1)未成年者 15歳未満 (2)未成年者 15歳以上 (3)禁治産者 (4)その他()
委託経緯	

注1 *の欄は、該当するものを○で囲んで下さい。

注2 申請の際には、申請者本人である事を確認する為に必要な書類(印鑑証明、運転免許証、旅券、健康保険証、国民年金手帳等)を提出して下さい。

注3 法定代理人・家族が開示する場合は、注2の書類の他、資格・家族関係を確認する為に必要な書類(戸籍謄本等)を提出して下さい。

誓約書・委任状

けやき内科院長 加藤 景介 殿

貴院で行われる診療内容等について、一切の権限を下記受託者に委任いたします。尚、本件に関して、患者本人または受託者にいかなる不利益があつたとしても、全ては自らの責に負うものであることを承諾し、けやき内科には一切の異議申し立て、ご迷惑をおかけしない事を誓約致します。

平成 年 月 日

患者様氏名： _____

〒

住所： _____

電話番号（注2）：

受託者氏名： _____

〒

住所： _____

患者様本人との関係：患者様の（ ）

(注1)必ず、患者様ご本人が全ての欄（受託者欄を含めて）を記入してください。

(注2)患者様の電話番号は、患者様ご本人に電話にて委任内容の確認を取らせて頂く場合がございますので、患者様ご本人と連絡が取れる電話番号をご記入ください。

(注3)相談日当日は、受託者本人であることが証明できるもの（運転免許証等）をお持ち下さい。