

診療記録等の開示申込書

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
埼玉メディカルセンター
院長 殿

患者氏名
生年月日
住所
電話

貴院での診療にかかる記録等の開示を請求いたします。

請求者(本人による請求) 氏名

※代理人による請求の場合、以下の欄に記入の上、患者本人の意思確認ができる委任状を添えて下さい。

- ① 法定代理人
- ② 上記以外の親族又はこれに準ずる者

代理人氏名	印
代理人住所	
電話番号	
患者との関係	

開示を請求する診療記録等の内容

診療録 手術記録 麻酔記録 各種検査記録 X線記録 看護記録
その他・具体的な指定 ()

開示を受けたい期間

昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日
昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日
昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日

事務局処理欄			
申出本人確認	運転免許証	パスポート	マイナンバーカード
代理人申出資格確認	戸籍謄本	住民票	(患者本人との関係がわかる書類)
代理人本人確認	運転免許証	マイナンバーカード	保険証