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 |  |

※氏名は直筆でご記入ください。

 ※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