

見本

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

■ 欄のご記入・押印を
お願いいたします。

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

○をつけて下さい。

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