

# 診療記録等の開示申込書

平成 年 月 日

長崎労災病院 院長 殿

患者氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 ー ー \_\_\_\_\_

次とおり、診療記録等の開示を請求します。

1. 請 求 者 該当欄 ( ) に○を記入して下さい。

( ) 本人

本人以外の方

( ) ①法定代理人

( ) ②患者本人から代理権を与えられた親族・弁護士

※①②の場合には患者本人の意思が確認できる委任状を添えてください。

( ) ③現実に患者の世話をしている親族又はこれに準じる方

※③の方による請求は、患者本人が成人で判断能力が充分でない場合に  
限ります。詳しくは医事課にお尋ねください。

この箇所は請求者が  
自分でお書きください。

→ 請求者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
請求者住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
本人との関係 \_\_\_\_\_

2. 開示を請求する診療記録等の範囲

3. 希望する開示の方法

①閲覧      ②写しの交付      ③要約書

## 委任状

私は、

(代理人氏名) \_\_\_\_\_ ⑩ \_\_\_\_\_ (患者本人との関係)

(住所) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

を代理人として、次の事項を委任します。

### 記

私に関する診療記録等の閲覧、謄写などを申請し、写しなどの交付を受ける件

平成 年 月 日

委任者・患者本人 ※患者さんが自分でお書き下さい。

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩ \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

(注) 委任状のほかに、患者さんと代理人との関係を証明するものの提出を求めています。

# 診療記録等の開示申込書

平成 年 月 日

長崎労災病院 院長 殿

患者氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 ー ー \_\_\_\_\_

次とおり、診療記録等の開示を請求します。

1. 請 求 者 該当欄 ( ) に○を記入して下さい。  
( ) 遺族

ただし、診療記録の開示を求め得る者の範囲は、患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者（左記の者に法定代理人いる場合の法定代理人を含む。）とします。

この箇所は請求者が  
自分でお書きください。

→

請求者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
請求者住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
患者本人との関係 \_\_\_\_\_

2. 開示を請求する診療記録等の範囲

3. 希望する開示の方法

①閲覧      ②写しの交付      ③要約書