

診療記録等の開示申込書

令和 年 月 日

長崎労災病院 院長 殿

患者氏名 _____
生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
住 所 _____
電話番号 _____

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、詳しくは医事課にお尋ねください。

() 遺族 ※戸籍謄本の提出

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 _____
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 ()

4. 請求者本人確認書類

()運転免許証 ()健康保険被保険者証(※1) ()住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) ()在留カード、特別永住者証明書又はこれらの書類とみなされる外国人登録証明書
()その他 ()

※1 健康保険被保険者証の写しを送付する場合は、記号・番号にマスキングをお願いします。

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

令和 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。