

(様式 1)

診療情報開示請求申請書

20 年 月 日

埼玉医療生活協同組合 皆野病院 院長 殿

請求者

氏名 _____ 印

住所 _____

電話 _____

□がある項目は、該当する箇所に☑をつけてください

開示を希望する記録	<input type="checkbox"/> 診療記録 (カルテ)	<input type="checkbox"/> 注射・処方薬	<input type="checkbox"/> 検査記録類
	<input type="checkbox"/> 画像検査	<input type="checkbox"/> 手術記録	<input type="checkbox"/> 看護記録
	<input type="checkbox"/> その他：		
開示の区分	<input type="checkbox"/> 複写	<input type="checkbox"/> 医師による説明	
開示の請求期間	年 月 日～	年 月 日	
	年 月 日～	年 月 日	
請求者が 患者本人以外の場合	<input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人		
	<input type="checkbox"/> 診療契約に関する法定代理権を付与されている保佐人・補助人		
	<input type="checkbox"/> 未成年者 (満 15 歳以上) の法定代理人		
	<input type="checkbox"/> 未成年者 (満 15 歳未満) の法定代理人		
	<input type="checkbox"/> 診療契約に関する代理権を付与されている任意後見人		
	<input type="checkbox"/> 患者の同意を得た任意代理人		
	<input type="checkbox"/> 患者の同意を得た親族等【患者との関係： _____】		
	<input type="checkbox"/> 患者が合理的な判断をなし得ない場合において、実質的に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者【患者との関係： _____】		
	<input type="checkbox"/> 患者が死亡した場合において、実質的に患者の世話をしていた遺族【患者との関係： _____】		
	患者の氏名	氏 名： _____	
及び生年月日	生年月日： 明・大・昭・平 _____ 年 月 日		
患者の住所	住 所： _____		
及び電話番号	電話番号： _____		

注 1 患者本人 (以下、「患者」という。) 以外の者による請求の場合は、請求者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出または提示してください。また、患者 (成年被後見人を除く) が満 15 歳以上の場合は患者の委任状を提出してください。さらに、患者の同意を得た者として請求する場合は、患者が自署した委任状に患者の実印を押印し、その印鑑登録証明書をあわせて提出してください。

注 2 写しの交付に要する費用及び手数料等は、請求者の負担となります。

病院 使用 欄	患者本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> その他：			
	患者本人以外	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 住民票
		<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> その他：	
備 考					