

### 診療録開示請求書

医療法人 庄正会 蜂須賀病院  
病院長 殿

下記の診療記録を開示して頂きたいと請求致します。

請求年月日 令和 年 月 日

患者氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
診療科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科
診療録の種類	<input type="checkbox"/> 入院カルテ <input type="checkbox"/> 外来カルテ
請求対象となる診療時期	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日
請求する内容	<input type="checkbox"/> 診療録の記載内容全部 (修正部分: 必要・不要) <input type="checkbox"/> 診療録の記載内容一部 ( ) <input type="checkbox"/> 画像データ
開示目的	

請求者 (本人)

請求者名	
住所	
電話番号	

請求者 (本人以外)

請求者名	患者との続柄 ( )
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
住所	
電話番号	

あなた (請求者) は次のどれに該当しますか。1つ選んで下さい。

- 本人の法定代理人
- 患者が未成年者である場合に、その親権者又は後見人
- 患者が精神障害者である場合に、その保護者 ⇒ 所定の診断書を添えて下さい
- 患者本人が選定した弁護士、親族及びこれに準ずる者 ⇒ 所定の代理人選任書を添えて下さい
- 患者が開示を請求する意思能力を欠く場合において、患者の配偶者又は直系血族が選任した弁護士 (⇒ 所定の代理人選任書を添えて下さい) 及び現実に世話をしている親族及びこれに準ずる者
- 患者が死亡した場合に、患者の配偶者、子、親、及びこれに準ずる者 (これらの者の法定代理人を含む)
- その他 ( )

請求者確認	<input type="checkbox"/> 保険証 (マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 弁護士資格証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

当院使用欄

院長	脳外科医部長	看護部長	事務長