

## 診療情報開示申請書

西暦 年 月 日

### 1. 申請者

氏名: 印(自筆の場合省略可)  
住所: 電話: (連絡可能な時間帯)

### 2. 開示を希望される記録種類と方法

対象者	氏名:	生年月日 年 月 日	カルテNo.
	対象者が申請者と異なる場合	対象者とのご関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子(具体的に ) <input type="checkbox"/> その他(法定代理人・弁護士 )
		<input type="checkbox"/> 故人	<input type="checkbox"/> 相続人である
		<input type="checkbox"/> 生存者	<input type="checkbox"/> 15歳未満 <input type="checkbox"/> 意思能力がない <input type="checkbox"/> 同意書または委任状あり
対象記録	期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日(頃)	
	記録種類	<input type="checkbox"/> 診療録	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部( )
		<input type="checkbox"/> 検査結果	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 指定あり( )
		<input type="checkbox"/> 画像検査データ	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 指定あり( )
<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 診断書・証明書控え <input type="checkbox"/> 他院への紹介状控え <input type="checkbox"/> ( )	
開示方法	方法	<input type="checkbox"/> 全複写のみ <input type="checkbox"/> 一部複写のみ <input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> 閲覧し全複写 <input type="checkbox"/> 閲覧し一部複写 <input type="checkbox"/> 医師による面談説明	複写の場合の範囲 ( ) 医師による面談説明を行う希望日時 ( )

### 3. 必要書類

#### (1) 申請者及び代理人の本人確認

A: 以下のいずれか1点

運転免許証 パスポート 公的機関発行の写真つき証明書( )

Aがない場合: B2点またはBC各1点

B 健康保険被保険者証 年金証書 障害者手帳 印鑑証明書 C 写真つき身分証明書(社員証、学生証など)

#### (2) 開示対象者が申請者以外の場合は(1)に加え、下記のご関係がわかる書類1点をご用意ください

戸籍抄本 住民票 登記事項証明書 家庭裁判所の証明書 その他( ) 委任状

以下、クリニック使用欄

申請受付日: 西暦 年 月 日
開示可否決定日: 西暦 年 月 日
開示可否結果: (可・不可) (不可の場合の理由 )

