

## 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 _____ )