

様式1

診療記録等の開示請求申込書

令和 年 月 日

医療法人社団 竜山会  
金沢古府記念病院 病院長 殿

私は、下記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

開示を受けたい患者様について	フリガナ	
	患者様氏名	
	住 所	〒 —
	電話番号	( ) —
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

開示を請求する方 (患者様以外の方が請求する場合のみ記載してください)	請求者氏名		印
	患者様との関係 (番号を○囲みしてください)	1 患者様の法定代理人	
		2 患者様ご本人から代理権を与えられたご家族	
		3 患者様のお世話をしている親族又はこれに準ずる方	
		4 家庭裁判所による委任後見監督人の選任がなされた患者様の委任後見人	
		5 死亡した患者様の法定相続人	
		6 その他( )	
住 所	〒 —		
(連絡先)			
電話番号	( ) —		

開示を希望する記録	記録の種類	複写	閲覧	診療日又は診察期間	診療科
	1 診察経過の要約書				
	2 診療録(カルテ)				
	3 看護記録				
	4 手術・麻酔記録				
	5 検査記録・検査成績表				
	6 画像(X線・CT・MRI・超音波)				
	7 その他				

閲覧希望日	第一希望日	月 日	午前・午後
	第二希望日	月 日	午前・午後
	第三希望日	月 日	午前・午後

私は、上記のとおり、申請者 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療記録等が、開示されることに同意します。

令和 年 月 日

患者様氏名(自署) \_\_\_\_\_ 印