

ご遺族が申請する場合（表と裏を確認！）

診療記録開示請求書

附属病院長等 様

令和 ○年○月○日

氏 名

医大 次郎

ご遺族で申請される方の
氏名・住所

住所又は居所（郵便番号）○○○-○○○○（電話番号）○○○-○○○-○○○○
和歌山県和歌山市○○ ○丁目○番地○号（13時以降に）

連 絡 先

連絡のつきやすい時間があれば記載ください

受取方法 来院 ・ 郵送（どちらかに○をつけてください）

記

診察券番号が不明な場合、生年月日
を記入ください

1 開示を請求する診療記録（具体的に特定してください。）

開示請求に係る診療記録を特定するに足る情報	<p>亡 医大 太郎（診察券番号： ）</p> <p>期間：○○年○月○日～○○年○月○日 入院・外来分等</p> <p>※詳細にご指示ください(例.説明のない画像又は写真は不要、エコー画像のみは不要、同意書不要など)</p>
求める開示の実施の方法 (希望する方法の□内に✓印を記入してください。)	<p>1 文書、図画又は写真の場合 □閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付</p> <p>2 フィルム又は電磁的記録の場合 □閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付</p> <p>レントゲン・CT・MRI等画像がご入用の場合は、こちらにもチェックをお願いします。</p>

2 本人確認等

ア 開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人（弁護士、親族等）・任意後見人 <input type="checkbox"/> 親族等（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 遺族等（ 長男 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
イ 請求者本人確認書類	<p>(亡)患者との関係を記載 申請者本人を確認&提示できる書類に<input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード</p> <p><input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>※郵送等による開示請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。 ※原則顔写真の付いた本人確認書類を提出ください。 ※顔写真の付いた確認書類がない場合、公的機関発行の書類2点以上を提出ください。</p>

