

診療記録開示請求書

年 月 日

獨協医科大学病院長 殿

請求者氏名 印

住 所 〒

電話 番 号

次のとおり診療記録の開示を請求します。

(電話番号は日中連絡のつく番号をご記載ください)

1) 請求する診療記録の内容	項目	1. 診療録 2. 看護記録 3. 検査記録・検査結果報告書 4. X線・MRI画像
	入外区分	1. すべて 2. 入院分のみ 3. 外来分のみ
	期間	1. すべて 2. 年 月 日 ~ 年 月 日 受診分
	診療科	1. 全診療科分 2. () 科分のみ
2) 出力媒体	1. DVD 2. 紙 (X線・MRI画像はCD-Rでの提供となります)	
3) 請求の理由 ※任意		
4) 請求者の身分 〔 2の親族は、配偶者・3親等内の血族・2親等内の姻族のいずれかに限る。6の任意代理人について、個人は対象外とする。 〕	1. 患者本人 2. 法定代理人又は実質的に患者のケアを行っている親族 (患者が成人で、合理的判断ができない場合) 3. 法定代理人 (患者が未成年の場合) 4. 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人 5. 法定相続人 6. 当該請求を委任されている任意代理人	
5) 請求に係る患者の情報 〔 患者本人が請求を行う場合は、“受診券番号”のみ記入。 〕	氏 名	
	受診券番号	
	身 分	1. 成年被後見人 2. 未成年者 (満 15 歳以上) 3. 未成年者 (満 15 歳未満) 4. その他 ()
	住 所	〒
	電 話 番 号	
6) その他特記事項等		

注 1 押印には実印を使用してください。(シャチハタ等は不可)

注 2 この請求書以外の必要書類については当院ホームページをご確認ください。

注 3 入院分を含む請求は全診療科分が対象となります。