

診療記録開示申請書

年 月 日

西神奈川ヘルスケアクリニック
院長殿

下記のとおり診療記録の開示を請求致します

氏名(自署) 印

住所

受診者との関係

電話

(日中連絡がとれる連絡先)

診療記録の開示を受けたい受診者	ふりがな		受診者ID番号	
	受診者氏名			
	住所	電話(日中連絡がとれる番号):		
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	性別 男・女

開示を希望する番号に○を付けて下さい	1. 診療記録(カルテ)	希望期間: 年 月 日 ~ 年 月 日
	2. 検査記録・検査成績表	
	3. 画像:X線・CT・MRI・超音波	

開示を希望する理由(差し支えない範囲でご記入下さい)

申込者本人確認方法

1つでよい	運転免許証 旅券 運転経歴証明書 写真付住民基本台帳カード 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 在留カード 外国人登録証明書 他
2つ必要	(A) 保険証 診察券 国民年金手帳 国民・厚生年金証明 介護保険被保険者証 他
A+AまたはA+B	(B) 会社の身分証明書または学生証(氏名・住所または生年月日のもの) 公的機関が発行した写真付資格証明
申込者資格確認方法 戸籍謄本 住民票 家庭裁判所の証明書 その他、代理人関係を確認し得る書類	