

診療記録開示請求書

1. 開示を受けたい診療記録の内容			
(1) 診療科			
(2) 診療記録の種類			
イ) 診療録 (外来 ・ 入院)			
(すべて ・ 指定あり)			
ロ) 画像 (すべて ・ 指定あり)			
※指定ありを選択された場合は具体的にご記入下さい。			
ハ) その他 ()			
(3) 対象期間 年 月 日 ～ 年 月 日			
2. 希望する提供方法 (○で囲む)			
イ) 閲覧 ロ) 口頭説明 ハ) コピー ニ) 貸出し(レントゲンのみ)			
3. 開示の希望日時			
① 月 日 午前・午後 ② 月 日 午前・午後			
4. 患者氏名等			
氏名		生年月日	年 月 日
住所 連絡先	TEL.() —		
上記のとおり診療記録の開示を受けたいので請求します			
年 月 日			
大阪労災病院院長殿			
請求者氏名		印 (患者との続柄)	
住所			
連絡先 ()			
(患者の同意が必要な場合の患者記入欄)			
患者署名		印	
※確認欄 (請求者は記入しないでください)			
本人証明	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他
代理人証明	<input type="checkbox"/> 患者本人の同意	<input type="checkbox"/> 法定代理人証明書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状
<input type="checkbox"/> その他			

注1 請求には各種証明書が必要です。また、受付の際に証明書のコピーを取らせていただきます。

注2 請求者氏名欄は請求者本人の自筆による署名をしてください。