

## 診療記録開示請求書

<b>1. 開示を受けたい診療記録の内容</b>			
(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			
<b>2. 希望する提供方法 (○で囲む)</b>			
イ) コピー    ロ) CD-R    ハ) その他 ( )			
<b>3. 患者氏名等</b>			
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。