診療記録(カルテ)開示申請書

令和　　年　　月　　日

新潟白根総合病院　病院長様

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日

住所〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　－　　－

次のとおり、診療録等の開示を申請します

1．申請者　〔　　〕　本人

〔　　〕　本人以外の方＊下記の該当蘭に○を記入

〔　〕　①法定代理人　〔　〕②法定相続人(遺族)

〔　〕　③任意後見人　〔　〕④代理権を与えられた親族

〔　〕　⑤患者のお世話をしている親族及び縁故者

＊①~⑤の方は、申請者の資格を証明する書類の提出をお願いします

＊④⑤の方は、患者本人の意思が確認できる委任状が必要になります(患者が未成年の場合を除く)

申請者氏名(自筆)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(続柄　　)

住所〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　－　　－

2．開示を請求する診療記録等の期間

申請期間	昭・平・令　年　月　日　～　昭・平・令　年　月　日　(外来・入院)
検査画像記録	□必要　　□不要　　＊開示媒体はCD-RまたはDVDとなります
その他	

3．希望する開示の方法

□　①閲覧　　□　②写しの交付　　□③その他（　　）

＊医療機関使用蘭〔確認書類〕　患者ID番号〔　　〕　担当者〔　　〕

本人(代理人)確認：□運転免許証　□旅券　□マイナンバーカード　□その他（　　）

申請者資格証明：□委任状（④⑤の場合）/□戸籍謄本　□住民票　□公的な書類（　　）