様式第１号

（患者本人･代理人用）

診療情報（診療録等）開示請求書

年　　月　　日

朝日大学病院長 様

下記のとおり、診療情報等の開示を請求します。

１．開示を請求する者

○ 患 者 本 人　　ご 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

生年月日　大･昭･平･令　　年　　月　　日

ご 住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　（　　）　　－

○ 代 理 人

代理人による請求のときは、下記の欄に記入のうえ、患者本人の診療情報等開示の請求に関する委任状（様式第３号・但し法定代理人の場合は除く）を添えてください。なお、医師の守秘義務の関係で、患者様との間柄が確認できない場合には、開示できませんのでご了承願います。

ご 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

生年月日　大･昭･平･令　　年　　月　　日

ご 住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　（　　）　　－

患者ご本人との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．開示対象期間

☐ 初診日より最終来院日まで

☐ 任意の期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

☐ その他（　　）

３．

開示を請求する診療情報等の内容	開　示　請　求　範　囲
（１） 診療録（カルテ）	１．全部開示　　２．部分開示（　　）
（２） 処　方　箋	１．全部開示　　２．部分開示（　　）
（３） Ｘ線フィルム等	１．全部開示　　２．部分開示（　　）
（４） 検 査 記 録 等	１．全部開示　　２．部分開示（　　）
（５） 看　護　記　録	１．全部開示　　２．部分開示（　　）

（該当する箇所に○を記入してください）

４．開示の方法

☐ 閲　覧　　希望日　　月　　日（　）午前 ・ 午後　（　　時頃）

☐ 写しの交付　希望日　　月　　日（　）午前 ・ 午後　（　　時頃）

注１．請求の際には、依頼人本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、健康保険証、パスポートなど）を提出又は提示してください。

注２．代理人が依頼する場合は、注１の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本など）を提出又は提示してください。

注３．開示に伴い料金が生じますのであらかじめご了承願います。

※当院使用欄　次の欄は記入する必要はありません。

本人等の確認方法	☐運転免許証　☐健康保険証　☐戸籍謄本　☐その他（　　）
備　　考	