

(様式 1)

診療記録開示申請書

西暦 年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

下記のとおり、診療記録の開示を受けたいので申請します。

記

1	〒 ー		TEL ー ー	
	患者住所			
	(ふりがな) 患者氏名	生年月日	西暦 年 月 日	
2	※患者以外が申請する場合のみ記入			
	〒 ー		TEL ー ー	
	申請者住所			
	(ふりがな) 申請者氏名	患者との関係		
3	開示を受け たい診療記 録の内容	期間(西暦)	年 月 日 ~ 年 月 日	
		診療科名		
		内容	[該当するものに○印を付してください] 診療記録[診療画像を除く・紙媒体] 診療画像[データ] その他 ()	

以下の書類を添えてください。

- 本人確認書類(運転免許証等)の写し
- 患者との関係を証明するもの 【患者以外が申請する場合】
 - ・法定代理人、任意後見人：戸籍謄本等又は登記事項証明書
 - ・患者本人から代理権を与えられた親族及び親族に準ずる者：戸籍謄本等、委任状
 - ・患者本人から代理権を与えられた任意代理人：委任状
 - ・現実に患者の世話をしている親族及び親族に準ずる者、遺族：戸籍謄本等