（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 | 　〒　　　　　―　　　 | ＴＥＬ　　　　　―　　　　―　　　 |
| 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 |
| 　〒　　　　　―　　　 | ＴＥＬ　　　　　―　　　　―　　　 |
| 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