

(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