

診療記録等開示申込書（兼 委任状）

年 月 日

内 丸 病 院 長 殿

私は、貴院が保有する下記の診療記録等を開示していただきたく、請求いたします。

開示を受けようとする患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	住 所		
	生年月日	年	月 日
開 示 請 求 期 間	年 月 日 ~		年 月 日
開示を希望する記録等 (該当するものを○で囲む)	種 類		備 考
	1	診療記録のすべて	
	2	診療録（カルテ）	
	3	検査記録・検査成績表	
	4	エックス線写真	
	5	画像：C T・M R I・エコー	
	6	看護記録	

開示請求者 氏名 \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

-----  
(本人同意欄)

私は、上記のとおり、(請求者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院が保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人（自署） \_\_\_\_\_

**委任状**

私は、上記のとおり、貴院が保有する診療記録等の開示に同意し、また請求者に対して開示手続きを委任します。

患者本人（自署） \_\_\_\_\_