

診療情報（カルテ等）開示申請書

ご請求日： 年 月 日

いずみ小林クリニック 院長 殿

以下のとおり診療情報の開示を申請いたします。

患者情報	ふりがな		患者 ID	
	患者氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
			電話番号	— —
	住 所			
開示申請者情報	※開示申請者が本人以外の場合にご記入ください。			
	ふりがな		電話番号	※日中連絡がつく番号
	氏 名			① — —
				② — —
	住 所			
患者との 関係				
開示方法	<input type="checkbox"/> 複写（コピー） <input type="checkbox"/> 医師の面談及び閲覧			
開示内容	<input type="checkbox"/> 診療記録（カルテ） <input type="checkbox"/> 手術記録等 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 検査記録等 <input type="checkbox"/> その他書類（ ）			

※裏面に必要書類等を記載していますので、ご確認のうえご用意ください。

病院確認・記入欄

※以下は申請時にご持参ください。

※代理人による申請の場合、患者様ご本人の身分証明書はコピー可となります。

患者様ご本人		<input type="checkbox"/> 身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
代理人等	患者様の法定代理人 (親権者、成年後見人等)	<input type="checkbox"/> 患者本人の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 戸籍謄本、成年後見人の登記事項証明書等の資格を証明する書類 (※2)
	診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人	<input type="checkbox"/> 患者本人の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 公正証書
	患者様ご本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者	<input type="checkbox"/> 患者本人の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 住民票等、患者との続柄が証明できる書類 (※2) <input type="checkbox"/> 患者本人からの委任状
	現実に患者様の世話をしている親族及びこれに準ずる者	<input type="checkbox"/> 患者本人の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 住民票等、患者との続柄が証明できる書類 (※2)
	遺族のうち、患者様の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者	<input type="checkbox"/> 患者本人の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書 (※1) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等、患者様との続柄を証明するもの (※2) <input type="checkbox"/> 左記の者の法定代理人が申請する場合は、当該法定代理人についての戸籍謄本等資格を証明する書類 (※2)

※1.身分証明書は以下のアまたはイのものをご持参ください。

ア：次のうちいずれか1点

運転免許証、個人番号カード (表面に限る)、パスポート (旅券) など、公的機関が発行する顔写真付き・氏名・生年月日印字のもの

イ：次のうちいずれか2点

A. 健康保険証、医療受給者証、年金手帳、住民票、戸籍謄本

B. 次のうち顔写真が貼ってあるもの

会社の身分証明書、学生証、公的機関が発行した資格証明書

※2.発行から3か月以内のものに限ります。