

診療記録開示申込書（代理人用）

申込日 年 月 日

本人と16歳未満の方の親権者以外の方は「本人委任状」が必要です。

委任状

私は私の診療記録の開示を以下の申請者に委任致します。

年 月 日

氏名 _____ 印

生年月日 _____

住所 _____

電話番号 _____

私は、委任を受け、上記の者の診療記録の開示を希望します。

申請者 _____ (明・大・昭・平 年 月 日生)

患者さんとの関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

連絡先（住所以外の場合） _____

開示目的：該当に○印をしてください。（記入しなくても閲覧できます。）

- 治療方針を決めるのに参考にしたい
- 自分（家族）の病気の事を良く知りたい
- 治療の経過を知りたい
- その他（ _____ ）

開示内容：該当に○印をしてください。【開示期間 年 月 日～ 年 月 日】

ア	診療記録（医師記録、看護記録）	オ	諸検査結果
イ	指示内容（処方、注射、検査など）	カ	紹介状、診療情報提供書
ウ	診断書	キ	診療報酬明細書（医療費請求明細書）
エ	レントゲン、MRIなどの画像検査	ク	その他（ _____ ）

開示の時は、身分証明書（健康保険証又は運転免許証など）をご持参ください。

<病院記入欄>

窓口受付 : 年 月 日 受付者 _____

診療録管理室 : 年 月 日 受付者 _____