## 診療記録等開示申出書

平成 年 月 日

医療法人寿鶴会 菅野病院 院長 菅野 隆 殿

申請者

住所	
氏名	(FI)
電話番号	

下記のとおり診療記録等の開示を申出します。

太枠の中をご記入ください。

1	開示を求め る診療記録 の内容	□ 診療録(ク □ 検査所見 □ その他(	カルテ)	
		<ul><li>診療開示を利</li></ul>	希望する診療科( 精神科 )	
		<ul><li>診療を受けた</li></ul>	と期間 (年月~年月)	
2	開示の区分	□ 閲覧 □ □頭による説明 □ 複写		
3	申請者が患 者本人以外 の場合	申請者と患者の関係	□ 患者の親族(続柄 ) □ 未成年者の親権者もしくは後見人 □ 成年後見人	
		2 124 111	□ その他( )	
			氏名	
		び生年月日	生年月日 年 月 日生 性別 男・女	
		患者の住所及 び電話番号	住所	
			電話番号	

- 注1 申出の際には、申出者本人であることが確認できる書類(運転免許証、旅券、健康保険証等) の提示が必要です。
  - 2 代理人が申出する場合は、上記1の書類のほか、その資格が確認できる書類の提出又は提示が必要です。なお、患者本人が15歳以上の場合は、開示について本人の同意が必要です。

<b>少</b> 序院	申出者本人確認欄	1 運転免許証 2 旅券 3 健康保険証等 4 その他( )
※病院使用欄	申出者資格確認欄	1 戸籍謄本 2 健康保険証等 3 その他( )
※備考	担当医師 署名	その他