診療記録等開示申請書

申請日：西暦　　年　　月　　日

ほりえクリニック
院長　堀江康夫　殿

下記の通り、診療記録等の開示を申請いたします。

申請者氏名（自著）　　印

住所

電話番号
（日中連絡の取れる連絡先）

患者様との関係

1.　診療記録等の開示を受けたい患者様の情報
　申請者が患者様ご本人様の場合は、以下の□に✔を入れていただき、氏名、住所、電話番号の記入は省略いただいて結構です。生年月日以降につき、ご記入ください。

□患者様氏名、住所、電話番号は、上記申請者氏名、住所、電話番号と同じです。

（ふりがな）
氏名

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　西暦　　年　　月　　日

性別　　□女性　　□男性

2.　開示を受けたい資料等について

　開示を希望される資料等全てに✔を入れていただき、希望される期間をご記入ください。

□ 診療記録（カルテ）

□ 診療記録の要約書

□ 検査記録、検査成績表

□ 画像:X 線・CT・MRI・超音波

□ 医師による口頭説明

□ その他（　　）

上記資料につき、

西暦　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

までの期間の資料等の開示を希望します。

3.　写し等の受領方法

　資料の写し等について希望される受領方法に✔を入れてください。

□ 郵送による受領

□ 来院による受領

以上

＜当院使用欄＞

※以下は当院記入欄ですので申請者様のご記入は不要です。

<table>
<tr><td colspan="2">開示申請者様本人確認方法</td></tr>
<tr><td>一つでよいもの</td><td>□運転免許証
□運転経歴証明書
□写真付マイナンバーカード
□身体障害者手帳
□旅券（パスポート）
□療育手帳
□精神障害者保健福祉手帳</td></tr>
<tr><td rowspan="2">二つ必要なもの
A+A
OR
A+B</td><td>【A】
□保険証
□年金手帳
□共済組合員証
□介護保険被保険者証
□預金通帳
□開示請求に押印した印鑑の印鑑証明証</td></tr>
<tr><td>【B】
□会社の身分証明書または学生証
（氏名および住所または生年月日が記載されているもの）
□公的機関が発行した資格証明書
□その他（　　）</td></tr>
</table>