承認印				
理事長	院長	事務長	総務課長	担当

（様式１）

診療記録等開示申出書

西暦　　年　　月　　日

医療法人浄仁会　大泉記念病院　理事長　松本　純　殿

申出者 住所

※１※２※３

氏名　　印

電話番号

（患者様との続柄　　）

（弁護士番号　　）

１　申出に係る診療情報の内容 ※４		
２　開示希望期間 （期間はお申込日より遡って ５年間の開示となります）		
３　開示部分（〇で囲む）	（１）閲覧　（２）口頭による説明　（３）写しの交付※5	
	（３）の場合の開示部分 ①すべて　②退院時要約　③画像データＣＤ－Ｒ※５ ④その他（　　）	
	希望媒体　①紙面　②ＣＤ－Ｒ　※５	
４ 請求をする患者の情報	患者本人の氏名	
	患者本人の現住所 （死亡している場合は 退院時の最終住所）	
	電話番号	

以下の太枠欄は記入しないで下さい。

事務局 処理欄	申出者本人確認欄	（１）運転免許証　（２）健康保険証 （３）その他（　　）
	申出者資格確認欄	（１）戸籍謄本（請求日から30日以内発行） （２）その他（　　）
	備考	

※１　診療記録等の開示は、原則一親族につき、一開示となっております。
※２　申出者は、本人であることを証明する書類を提出又は提示して下さい。
※３　患者様本人以外の申出の場合は委任状及び申出資格を証明する書類を提出して下さい。
※４　「申出に係る診療情報の内容」欄は、開示の申出をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入して下さい。
※５　ＣＤ－Ｒ1枚500円／紙10枚まで500円、10～20枚まで1000円、20～30枚1500円と10枚毎に500円追加する。