

## 診療記録開示申請書

年 月 日

医療法人 新美会 新垣形成外科

院長 新垣 実 殿

下記のとおり診療記録の開示を請求いたします

氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

受診者との関係 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

(日中連絡がとれる連絡先)

診療記録の 開示を受けたい 受診者	ふりがな		受診者 ID 番号
	受診者氏名		
	住所	電話（日中連絡がとれる番号）：	
	生年月日	明・大・昭・平	性 別 男 ・ 女

開示を希望する 番号に○をつけ てください	1. 診療記録（カルテ）	希望期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	2. 手術記録	
	3. 検査記録	診療科：
	4. 画像：X線・CT・MRI	主治医：

開示を希望する理由（差し支えない範囲でご記入ください）

## 申込者本人確認方法

1つでよい	運転免許証 旅券 運転経歴証明書 写真付住民基本台帳カード 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 在留カード 外国人登録証明書 他
2つ必要	(A)保険証 診察券 国民年金手帳 国民・厚生年金 介護保険被保険者証 他
A+A または A+B	(B)会社の身分証明書または学生証（氏名・住所または生年月日のもの） 公的機関が発行した写真付資格証明
申込者資格確認方法	戸籍謄本 住民票 家庭裁判所の証明書 その他、代理人関係を確認し得る書類