

法定代理人（親権者、未成年・成年後見人の代理人）が申請する場合 （表と裏を確認！）

診療記録開示請求書

令和 ○年○月○日

附属病院長等 様

氏 名

法定代理人氏名

代理申請者の氏名・住所

住所又は居所（郵便番号）○○○-○○○○（電話番号）○○○-○○○-○○○○
和歌山県和歌山市○○ ○丁目○番地○号（13時以降に）

連 絡 先

連絡のつきやすい時間があれば記載ください

受取方法 来院 ・ 郵送（どちらかに○をつけてください）

和歌山県立医科大学附属病院診療記録開示に関する規程（令和5年3月31日規程第97号）第5条第1項の規程に基づき、下記の通り診療記録の開示を請求します。

記

診察券番号が不明な場合、生年月日を記入ください

1 開示を請求する診療記録（具体的に特定してください。）

開示請求に係る診療記録を特定するに足りる情報	医大 三郎（診察券番号： ） 期間：○○年○月○日～○○年○月○日 入院・外来分等 ※詳細にご指示ください(例.説明のない画像又は写真は不要、エコー画像のみは不要、同意書不要など)
求める開示の実施の方法 (希望する方法の□内に✓印を記入してください。)	1 文書、図画又は写真の場合 □閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 2 フィルム又は電磁的記録の場合 □閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 レントゲン・CT・MRI等画像がご入用の場合は、こちらにもチェックをお願いします。

2 本人確認等

ア 開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人（弁護士、親族等）・任意後見人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族等（母） <input type="checkbox"/> 遺族等（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） ↑患者本人と申請者が親族にある場合はこちらにも <input checked="" type="checkbox"/>
イ 請求者本人確認書類	申請者本人を確認&提示できる書類に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
※郵送等による開示請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。 ※原則顔写真の付いた本人確認書類を提出ください。 ※顔写真の付いた確認書類がない場合、公的機関発行の書類2点以上を提出ください。	

