

公立陶生病院組合

管理者 瀬戸市長 川本雅之様

申出者	氏名	患者との関係 ()
	住所	〒 - ----- -----
	電話番号	()

次のとおり診療記録の開示を申し出ます。(太枠の中をご記入ください。)

1. 患者情報	患者氏名	診察券番号
	生年月日(明治・大正・昭和・平成・令和)	年 月 日
	住所	
2. 申出に係る診療記録の内容	内容(具体的に記載してください。)	
3. 開示の方法(○で囲む。)	(1) 写しの閲覧(無料) (2) 写しの交付(モノクロコピー代:1枚10円 カラーコピー代:1枚50円 CD-R又はDVD-R代:1枚760円)	
4. 患者と申出者が異なる場合	申出者の資格(○で囲む。)	(1) 患者の法定代理人 (2) 患者の任意後見人 (3) 患者から委任を受けた者 (4) 患者の意思を代理すると認められる者(患者が満18歳以上で判断能力に疑義がある場合) (5) 患者の遺族(法定代理人を含む。)
*事務局処理欄		
申出者本人確認欄	(1)運転免許証 (2)マイナンバーカード (3)旅券 (4)その他()	
申出者資格確認欄	(1)戸籍謄本 (2)委任状、患者状況申出書 (3)その他()	
備考		

注1 (1) 申出者の本人確認書類の提出または提示が必要です。

(2) 患者本人以外の場合は、(1)のほか資格確認書類の提出が必要です。

注2 *印欄は、記入しないでください。