

診療記録開示申請書

〇〇〇〇年 〇〇 月 〇〇 日

京都大学医学部附属病院長 殿

下記のとおり、診療に関する記録の開示を受けたいので申請します。

申請者	(ふりがな) 氏 名	きょうだい たろう 京大 太郎	
	生年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	住 所	〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54	
	電話番号	075-751-3111	
開示対象患者 (患者本人が申請者である場合は記載不要)	(ふりがな) 氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒	
	電話番号		
	患者と代理人の関係	☐ 法定代理人 ☐ 相続人等 ☐ 任意代理人	
情報の開示を受けたい内容 ☐ 別表2参照	☒ 1. カルテ 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	☐ 2. 看護記録 年 月 日 ~ 年 月 日		
	☐ 3. 検査記録 年 月 日 ~ 年 月 日		
	☐ 4. 画像記録 年 月 日 ~ 年 月 日		
	☐ 5. その他 年 月 日 ~ 年 月 日		
	↑必要な項目にチェックの上、期間をご記入ください		
診療科指定	☐ 無 ☒ 有 (〇〇科・〇〇〇科) ↑どちらかに、チェックしてください		
診療記録が存在しない場合	☐ 医療記録不存在証明書の発行を希望する。(別途料金が必要です。) ↑必要な場合のみチェックしてください		
受取の方法	☒ ①. 窓口受取 2. 郵送受取 (着払いゆうパック) ↑どちらかにチェックしてください		

代理人申請の場合はこちらに
患者情報を記入してください

1. 申請の際、申請者本人であることを確認するために運転免許証、旅券、マイナンバーカード等官公署発行の顔写真付きの身分証明書を提示してください。
2. 代理人が申請する場合は、1の書類の他、その資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本、委任状等、詳しくは別表1を参照）を提示してください。

次の欄は、記入する必要はありません。

確認方法	本人申請の場合	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ その他 ()	
	代理人申請の場合	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ その他 ()	
		☐ 戸籍謄本 (☐ 除籍) ☐ 委任状 ☐ その他 ()	
備 考		確認者	

事務確認欄
記載不要