

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	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 相続人等 <input type="checkbox"/> 任意代理人		
情報の開示を受けたい内容 <input type="checkbox"/> 別表2参照	<input checked="" type="checkbox"/> 1. カルテ	〇〇年 〇〇月 〇〇日	～ 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	<input type="checkbox"/> 2. 看護記録	年 月 日	～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 3. 検査記録	年 月 日	～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 4. 画像記録	年 月 日	～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> . 窓口受取 <input type="checkbox"/> . 郵送受取 (送料申請者負担) ↑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	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	代理人申請の場合	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (<input type="checkbox"/> 除籍) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()	
備考		確認者	

事務確認欄記載不要