

申請日： 年 月 日

開 示 申 請 書

診療録等の開示を求めることが出来る方は、原則ご本人となります。但し、ご本人以外の方が本人に代わって開示を申請することも出来ます。

尚、申請に際しましてはその場合には「ご本人であることを確認できる公的証明書（運転免許証・パスポート・マイナンバーカード等）」のご提出をお願いしております。

千 代 田 診 療 所 殿

該当の太枠内をご記入願います。

1. 開示対象者 (本人)	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	(西暦) 年 月 日生
	住 所	〒
	連 絡 先	

2. 代 理 人 ※開示請求者が 本人以外の場合	フリガナ	
	氏 名	続柄 ()
	住 所	〒
	連 絡 先	

上記内容を確認・同意し、下記の開示を申請します	(本人署名)
-------------------------	--------

●開示を請求する具体的内容 ➡ 該当に○印をつけてください

	診療録（加付）の写し	(診療記録, 期間等)
	健康診断結果の再発行	受診日： 年 月 日
	画像データ ※CD-Rでのお渡しです	外 来 ➡ 希望の部位等：
		健康診断 ➡ 希望の項目：
	その他	