

## 診療録等開示請求書

令和 年 月 日

静岡県立こども病院長 様

請求人 〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (明治・大正・昭和・平成 年 月 日生)  
 電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

次のとおり、診療録等の開示を請求します。

1 開示請求に係る患者 (患者本人が請求する場合は患者番号以外記載不要)	〒 _____ 住所 _____ 氏 名 _____ *患者番号 □□□□□□□□ 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( _____ 歳) 電話番号 _____ ( _____ )
2 請求人と患者との間柄 (患者以外が請求する場合は必ず記載)	(1) 患者の親族 ((患者からみて) 夫、妻、父、母、子、祖父、祖母、その他( _____ )) (2) 患者の親権者、成年被後見人の法定代理人(証明するものを提示) (3) その他 ( _____ ) *患者との関係を記載のうえ、関係を証する書面(戸籍謄本等)を提出又は提示。 *原則として患者が開示を認めていることを証する書面(委任状・患者の印鑑証明)を添付。
3 開示を請求する内容	(1) 診療科名 ( _____ 科、 _____ 科、 _____ 科) (2) 開示請求する期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 (3) 診療録等の種類(該当する番号又は・を○で囲んでください。) ① 診療録(カルテ) ② 助産録 ③ 画像検査 ・エックス線 ・CT ・MRI ・その他 ( _____ ) ④ 検査記録及び結果成績表 ⑤ 看護記録 ⑥ その他 ( _____ )
4 開示方法	該当する番号を○で囲んでください。 (1) 閲覧 (2) 写しの交付 (3) 閲覧及び写しの交付
5 閲覧の際に同席を希望している者	※ (原則2名以内) 原則として患者本人が同席を同意している文書を添付 氏名 _____ 患者との関係 _____ 氏名 _____ 患者との関係 _____
6 備考	