

診療録等開示請求書

記入される日付になります。

令和 年 月 日

静岡県立こども病院長 様

請求される方の
住所氏名を記入
してください。

請求人 〒 — 住所
氏 名 (西暦 年 月 日)
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	*患者番号 () 〒 — 住所 氏 名 生年月日 西暦 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) (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(医師・看護師・医師看護師以外) ② 検温表(経過表) 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 お産に関する記録 ⑥ 指示簿 ⑦ 文書関係 できるかぎり具体的に記載してください。
4 開示方法	該当する番号を○で囲んでください。 (1) 写しの交付 (2) 閲覧 ※2023年5月以降の診療記録 カルテコピーを請求される場合は、「(2)写 しの交付」に○印をつけてください。 を希望します。
5 開示理由	該当する番号を○で囲んでください。 (1) 訴訟(弁護士事務所名：) ※今後の手続きは上記弁護士事務所に託しますか。(はい ・ いいえ) (2) 個人の控え (3) その他 () ※障害者年金申請の方は文書窓口までお越し下さい。
6 備考	