

診療録等開示請求書

年 月 日

静岡県立こども病院長 様

請求人 〒 ー 住所
 氏 名 (西暦 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	患者番号 () 〒 ー 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(戸籍謄本等の原本)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)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 診療記録 (医師 ・ 看護師 ・ 医師看護師以外) ② 検温表 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 その他 ()
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 2023 年 5 月以降の診療記録の写しの出力は(紙媒体 ・ CD-R)を希望します。 (2) 閲覧(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:
5 その他	(1) 今後の手続きを弁護士事務所に託す方は下記に記入ください。 (弁護士事務所名: 電話番号:) (2) その他 () ※障害者年金申請の方は文書担当までご連絡ください。(代表 054-247-6251)
6 備考	