

診療情報開示請求申請書

令和 年 月 日

さいとう歯科クリニック

院長

殿

申出人 氏名

(患者本人との関係)

住所

電話番号

メールアドレス

下記の通り申し出いたします。

1.開示請求する期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 令和 年 月 日～令和 年 月 日 令和 年 月 日～令和 年 月 日	
2.申出に関わる診療情報の内容		
3.開示の方法 (○で囲む)	閲覧 / 写氏の交付	
4.患者本人以外の開示申込の場合	患者本人の氏名	
	患者本人の住所 及び電話番号	TEL
	患者本人との関係	
*事務処理欄	申出者本人 確認欄	1 運転免許証 2 個人番号カード 3 健康保険証 4 その他 ()
	申出者資格 確認欄	1 戸籍謄本 2 その他 ()
*備考		

注1.『申出に関わる診療情報の内容』欄は、提供の申出をしようとする診療情報が特定できるように具体的に記入してください。

注2.患者本人の申出の場合でも、あらためて申出者であることを証明する書類を提出してください。

注3.患者本人以外の申出の場合の場合は、申出者であることを証明する書類に加えて、資格を有することを証明する書類を提出してください。さらに、法定代理人以外の申出は、患者本人の同意を確認する委任状を提出してください。なお、診療録の開示を申請することができる方は、以下の通りです。

- ①患者本人
- ②法廷代理人
- ③診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人
- ④患者本人から代理権を与えられた者
- ⑤患者が死亡している時は、その法定相続人

注4.開示手数料 開示に関しては別途料金表に基づき、手数料を請求いたします。

注5.*印欄は記入しないで下さい。