

診療記録開示請求書

年 月 日

和歌山県立医科大学附属病院長 様

氏 名

住所又は居所 （郵便番号）

（電話番号）

連 絡 先

（電話番号）

受取方法 来院 ・ 郵送 （どちらかに○をつけてください）

和歌山県立医科大学附属病院診療記録開示に関する規程（令和5年3月31日規程第97号）第5条第1項の規程に基づき、下記の通り診療記録の開示を請求します。

記

1 開示を請求する診療記録（具体的に特定してください。）

開示請求に係る診療記録を特定するに足る情報	
求める開示の実施の方法 （希望する方法の □内に✓印を記入してください。）	1 文書、図画又は写真の場合 □閲覧 □写しの交付 2 フィルム又は電磁的記録の場合 □閲覧 □写しの交付

2 本人確認等

ア 開示請求者	□本人 □法定代理人 □任意代理人（弁護士、親族等）・任意後見人（ ） □親族等（ ） □遺族等（ ） □その他（ ）
イ 請求者本人確認書類	□運転免許証 □健康保険被保険者証 □個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの） □在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 □その他（ ） ※郵送等による開示請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。 ※原則顔写真の付いた本人確認書類を提出ください。 ※顔写真の付いた確認書類がない場合、公的機関発行の書類2点以上を提出ください。

