

別記第1号様式（第5条関係）

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りる情報	
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 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 2 フィルム又は電磁的記録の場合 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付

2 本人確認等

ア 開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人（弁護士、親族等）・任意後見人（ □ 親族等（ ） <input type="checkbox"/> 遺族等（ ） <input type="checkbox"/> 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。

ウ 患者本人の状況等 (代理人、親族又は遺族が請求する場合にのみ記載してください。)

(ア) 本人の状況 未成年者 (年 月 日生) 成年被後見人
 任意代理人委任者 その他 ()

(イ) 本人の氏名 (ふりがな)
本人の氏名

(ウ) 本人の住所又は居所

エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。

請求資格確認書類 戸籍謄本(又は抄本) 登記事項証明書
 その他 ()

オ (患者本人から代理権等を付与された)任意代理人又は任意後見人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。

請求資格確認書類 委任状 その他 ()
※委任状等が写しの場合、原本に相違ないことを証明したもの

カ (患者本人がやむを得ない理由により)親族等が請求する場合、次の書類(2つ以上)を提示し、又は提出してください。

請求資格確認書類 戸籍謄本(又は抄本)
 その他(※診断書等) ()
※当院入院中で本人の状態が確認できる場合は除く

キ 遺族等が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。

請求資格確認書類 戸籍謄本(又は抄本) 除籍謄本(又は抄本)
 その他 ()

ク 上記の者以外の場合、患者本人との関係を示す書類及び診療記録を取得するのに必要な理由等を記した書類を提示し、又は提出してください。

本人との関係を示す書類 ()
 その他 ()

窓口受付 経理課企画総務班 カルテ開示担当	担当課室等受付 経理課企画総務班	担当課室等