

任意代理人（患者本人の代理人）が申請する場合 （表と裏を確認！）

診療記録開示請求書

令和 ○年○○月○○日

附属病院長等 様

代理申請者の氏名・住所

氏 名 **法人名および担当者名 または任意代理人名**
例：○○会社 ▼▼▼▼ 例：□□□□

住所又は居所 （郵便番号）○○○-○○○○（電話番号）○○○-○○○-○○○○
和歌山県和歌山市○○ ○丁目○番地○号

連 絡 先 （同上の場合は不要）（電話番号）（同上の場合は不要）

受取方法 来院 ・ 郵送 （**どちらかに○をつけてください**）

※郵送の場合、別途レターパックプラスが必要です

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

診療券番号が不明な場合、**生年月日**を記入ください

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	医大 太郎（診療券番号： ） 期間：○○年○月○日～○○年○月○日 入院・外来分等 ※詳細にご指示ください(例.説明のない画像又は写真は不要、エコー画像のみは不要、同意書不要など)
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 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 2 フィルム又は電磁的記録の場合 □閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 開示のお渡し方法について、紙を希望される方はこちらにチェックをお願いします。

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 checked="" type="checkbox"/> 任意代理人 (弁護士、親族等)・任意後見人 (弁護士事務所、保険会社等) <input type="checkbox"/> 親族等 () 遺族等 () <input type="checkbox"/> その他 () ↑親族で患者本人の委任状がある場合はこちらも✓
イ 請求者本人確認書類	申請者本人を確認&提示できる書類に✓ <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 弁護士等の身分証明書 ） ※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。

