

ご遺族が申請する場合（表と裏を確認！）

診療記録開示請求書

附属病院院長等様

令和〇年〇〇月〇〇日

氏名

医大 次郎

ご遺族で申請される方の
氏名・住所

住所又は居所（郵便番号）〇〇〇-〇〇〇〇（電話番号）〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
和歌山県和歌山市〇〇 〇丁目〇番地〇号（13時以降に）

連絡先

連絡のつきやすい時間があれば記載ください

受取方法 来院 ・ 郵送（どちらかに〇をつけてください）

※郵送の場合、別途レターパックプラスと住民票が必要です

1 開示を請求する診療記録（具体的に特定してください。）

記

診療券番号が不明な場合、生年月日を記入ください

開示請求に係る診療記録を特定するに足る情報	亡 医大 太郎（診療券番号： 期間：〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日 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 □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 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	□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（ 長男 ） □その他（ ）
イ 請求者本人確認書類	(亡)患者との関係を記載 申請者本人を確認&提示できる書類に✓ ✓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 □在留カード、特別永住者証明書又は特別 □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。

[illegible]