

様式第1号

患者番号	
氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生

診療情報(診療録等)開示請求書

年 月 日

岐阜大学医学部附属病院長 様

住 所

(フリガナ)

氏 名

印

電話番号

診療に関する診療情報(診療録等)の開示に関わる料金等について同意の上、下記のとおり請求します。

開示を受けたい 内 容 ※	(1) 診療録 (年 月 日～ 年 月 日) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 []				
	(2) X線画像等 (年 月 日～ 年 月 日) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 []				
	超音波画像を希望する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> (3) 看護記録 (年 月 日～ 年 月 日)				
患者から見た申請 者との関係※	1. 本人 2. (親権者・未成年/成年被後見人の)法定代理人(続柄:) 3. 任意代理人(続柄:) 4. 遺族(続柄:)				
法定代理人等が 開示請求する場合	※患者の状況	未成年者	15歳未満		成年被後見人
			15歳以上	同意の 有 ・ 無	
患者の住所 <small>申請者と同一の場合は、記入不要 です</small>					
必要書類	1. 法定代理人 戸籍謄本(抄本) / 住民票 / その他法定代理人関係を確認しうる書類				
	2. 任意代理人 登記事項証明書 / 公正証書 / 戸籍謄本				
	3. 遺族 戸籍謄本(患者が亡くなったことがわかるもの/患者との間柄を示す書類)				
※ 希 望 す る 開 示 の 方 法	(1) 閱 覧 (2) 写 し <input type="checkbox"/> 電磁的記録を 用紙に出力				

注1 ※印の欄は、該当するものを○で囲んでください。

注2 請求の際には、請求者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証・健康保険の被保険者証など)を提出又は提示してください。

注3 法定代理人が請求する場合には、注2の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本など)を提出又は提示してください。

注4 患者の任意後見人、代理権者等である場合は、それを証する書面・書類(公正証書・登記事項証明書(後見登記・保佐登記・補助登記)など)とともに、患者との関係を示す書類(戸籍謄本など)を併せて提出又は提示してください。

注5 患者の相続人等であることを証する書類(戸籍謄本など)を提出又は提示してください。

次の欄は記入する必要はありません。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他
確認した記号番号等	
備考	