（様式 1）

診療情報等開示請求申請書

年　　月　　日

医療法人社団健洋会　理事長　殿

請求者

氏名

住所

電話

下記項目に記入をお願いします。□のある項目は該当箇所に☑をつけてください。

開示を希望する記録	□診療記録（カルテ）	□検査記録類	□注射・処方薬
	□画像検査記録	□看護記録	□手術記録
	□その他（　　）		
開示方法	□複写したもの	□医師による口頭での説明	
開示請求期間 （複数期間あればそれぞれ記入）	年　月　日～　年　月　日 年　月　日～　年　月　日 年　月　日～　年　月　日		
請求者が 患者本人以外の場合 【注】を参照	□成年被後見人の法定代理人 □診療契約に関する法定代理権を付与されている保佐人・補助人 □未成年者（満 15 歳未満）の法定代理人 □未成年者（満 15 歳以上）の法定代理人 □診療契約に関する代理権を付与されている任意代理人 □患者の同意を得た任意代理人 □患者の同意を得た親族等【患者との関係：　　】 □患者が合理的な判断をなし得ない場合において、実質的に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者【患者との関係：　　】 □患者が死亡した場合において、患者の第一順位の法定相続人		

【注】

・患者本人（以下、「患者」という。）以外の者による請求の場合は、請求者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出または提示してください。

・患者（成年被後見人を除く）が満15歳以上の場合は患者の委任状を提出してください。

・患者の同意を得た者として請求する場合は、患者が自署した委任状に患者の実印を押印し、その印鑑登録証明書をあわせて提出してください。

・死亡した患者の法定相続人による請求の場合は法定相続情報一覧図の写し（原本）と法定相続人全員が自著し法定相続人全員の実印を押印した委任状、法定相続人全員の印鑑登録証明書をあわせて提出してください。法定相続情報一覧図の写しが無い場合は患者の除籍謄本、戸籍謄本または全部事項証明書（出生から死亡まで連続したもの）と相続人全員の戸籍謄本または全部事項証明書をあわせて提出してください。

・開示請求にかかる費用及び手数料等は請求者の負担となります。