

診療記録等の開示申込書

西暦 年 月 日

川西市立総合医療センター 病院長 殿

患者さまの情報を
ご記入ください。

患者氏名 _____

大正・昭和

生年月日 平成・令和・西暦 年 月 日

住 所 _____

電話番号 () — () — ()

次のとおり、上記患者の診療記録等開示を請求します。

1. 申請者 * 該当欄に○を記入
- () 本人
- () 本人以外の方
- () ① 法定代理人・任意代理人・法定相続人
- () ② 患者本人から代理権を与えられた親族
- *②の場合には患者本人の意思が確認できる委任状を添えてください。
- () ③ 現実に患者の世話をしている親族又はこれに準じる方
- *③の方による請求は、患者本人が成人で判断能力が充分でない場合に限りです。

申請者さまの情報を
ご記入ください。
(本人欄に○の場合は
記載不要です。)

申請者氏名 _____ (印)

明治・大正

生年月日 昭和・平成・西暦 年 月 日

申請者住所 _____

電話番号 () — () — ()

本人との関係 _____

2. 開示書類の期間 年 月 日～ 年 月 日 ・ 初診から全て

3. 開示病院名 (○で囲んでください。)

- ①旧) 協立病院(～2022. 8. 31) ②旧) 市立川西病院(～2022. 8. 31)
- ③川西市立総合医療センター(2022. 9. 1～)

4. 開示を申請する診療記録等の範囲 (○で囲んでください。)

医師の診療録 (カルテ)・看護記録・医師看護師以外の職種の診療記録・
手術/麻酔記録・検査結果/所見・入院関係書類・画像データ CD
その他 ()

5. 受け渡し完了サイン

西暦 年 月 日 氏名