

# 診療記録等開示申請書

年 月 日

BOSS クリニック上野  
院長 殿

下記のとおり診療記録の開示を請求いたします。

氏名（自署） \_\_\_\_\_ (印) \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

受診者との関係 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

(日中連絡がとれる連絡先)

|                             |                |                 |    |     |
|-----------------------------|----------------|-----------------|----|-----|
| 診療記録の<br>開示を受けたい<br>受診者     | ふりがな           |                 |    |     |
|                             | 受診者氏名          |                 |    |     |
|                             | 住所             | 電話（日中連絡がとれる番号）： |    |     |
|                             | 生年月日           | 大・昭・平<br>年 月 日生 | 性別 | 男・女 |
| 開示を希望する<br>番号に○をつけて<br>ください | 1.診療記録（カルテ）    |                 |    |     |
|                             | 2.画像           |                 |    |     |
|                             | 3.その他の書類（<br>） |                 |    |     |
| 開示を希望する理由(差し支えない範囲でご記入ください) |                |                 |    |     |

## 申込者本人確認方法

|                     |  |
|---------------------|--|
| 1つでよい               | 運転免許証 旅券 運転経歴証明書 写真付マイナンバーカード 身体障害者手帳 療育手帳<br>精神障害者保健福祉手帳 在留カード 外国人登録証明書 |
| 2つ必要<br>A+A または A+B | (A) 保険証 年金手帳 共済組合員書 介護保険被保険者証 預金通帳 他                                     |
|                     | (B) 会社の身分証明書または学生証（氏名・住所または生年月日のもの） 公的機関が発行した<br>写真付資格証明                 |
| 申込者資格確認方法           | 戸籍謄本 住民票 家庭裁判所の証明書 その他、代理人関係を確認し得る書類                                     |