

## 診療記録開示請求書 (福岡大学博多駅クリニック用)

年 月 日

福岡大学病院長 殿

請求者氏名又は名称 注1	(ふりがな)
患者との関係 注2	
住 所	〒 -
連 絡 先	電話番号 ( ) - 携帯番号 - -

以下のとおり診療記録の開示を請求いたします。

開示を受けたい 患者情報	登録番号 - - (ふりがな) 氏 名 性別 ( 男 ・ 女 ) 生年月日 ( T・S・H・R 年 月 日生 ) 年 齢 ( 歳 ) (死亡の場合：享年 ) 注2 住 所 〒 - 電話番号 ( ) - 携帯番号 - -
開示請求する 診療記録の内容	(1) 入 外 区 分 ( 入 院 ・ 外 来 ) (2) 診 療 科 ( 部 ) ( ) (3) 診 療 記 録 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) (4) 画 像 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) (5) 他 施 設 作 成 分 <input type="checkbox"/> 診 療 記 録 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 画 像 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) [病院名： ]
患者本人が 未成年の場合 注2	(1) 15歳以上：同意の 有 ・ 無 (患者本人署名： 印 ) (2) 15歳未満
受 取 者 注3	(1) 請求者本人 (2) 請求者本人以外 (氏名： (続柄： ))
開 示 方 法	(1) 紙媒体 (2) 電子媒体 (CD-R)
備 考	

注1 患者本人から委任された方が請求する場合には、委任状(同意書)の提出が必要となります。また、請求者が法人その他の団体にあつては、その名称及び担当者の氏名を記載(署名又は記名押印)してください。

注2 法定代理人又は相続人が請求する場合には、その資格を確認するために3カ月以内に取得した戸籍謄本・住民票(患者本人との続柄が明記されているもの)・それを示す書類等を提出してください。

注3 病院内の交付による受取の場合、開示請求者本人であること又は開示請求者から委任、授権を受けた関係者であるとの確認のため、委任状、身分証明書、社員証等の提示が必要となります。受取者が請求者本人以外の場合は、委任状(同意書)の提出が必要となります。