第１号様式

年　　月　　日

市立豊中病院診療記録開示請求書

豊中市病院事業管理者　様

(医療情報室診療情報管理係)

(請求者)　住　　所 ……

氏　　名 ……

電話番号　(　　)　　－ ……

豊中市個人情報保護条例第 29 条第１項の規定に基づく市立豊中病院における診療記録の開示に関する要綱の規定により，次のとおり診療記録の開示を請求します。

1. 請 求 者 の 区 分	□　本人　　□　相続人　　□　任意代理人 □　法定代理人(　□　本人が未成年者　)
2. 診療記録に記載されている本人の氏名及び住所(代理人又は相続人等による請求の場合のみ記入)	
3. 診療記録の内容　　＜入院・外来の別＞　□　入院　　□　外来	
＜診療科＞	＜種類＞
□　全て □　診療科 (　　) (　　) (　　)	□　全て □　診察記事　　□　診察記事(ｵｰﾀﾞｰ情報を除く※電子ｶﾙﾃの場合のみ) □　手術記録　　□　検査結果　　□　検査画像 □　退院時要約 □　その他　(　　)
＜期間＞　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日	
＜期間＞　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日	
＜期間＞　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日	
4. 任意代理人による請求の場合にあたっては，本人が開示請求をすることが著しく困難である理由	
5. 開　示　の　方　法	□　写しの交付　　□　閲覧　　□　その他　(　　)
請 求 者 の 確 認 方 法	□　運転免許証　　□　その他 (　　)
代 理 権 の 確 認 方 法	□　戸籍謄抄本　　□　その他 (　　)
本 人 同 意 の 確 認 方 法	□　同意書　　□　その他 (　　)
処　　理　　欄	年　　月　　日受付　(受付者　　)

注１　請求者本人であることを証する書類を提示又は提出してください。

２　代理人又は相続人等による請求である場合にあっては，代理権を証する書類又は相続人等であることを証する書類の提示又は提出してください。

３　未成年者の法定代理人による請求であって，当該本人が満 15 歳以上の者であるときは，本人の同意があることを示す書類を添付してください。

４　任意代理人による請求の場合にあっては，本人が開示請求をすることが著しく困難である理由及びこれを証する書類を提示又は提出してください。

お問い合わせは，医療情報室 診療情報管理係(電話 06－6843－0101)までご連絡ください。