

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
(市立豊中病院医療情報室)

(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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> 法定代理人(<input type="checkbox"/> 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> <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			
<診療科>		<種類>	
<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 診療科 () () ()		<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 診察記事 <input type="checkbox"/> 診察記事(オーダー情報を除く※電子カルテの場合のみ) <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 検査画像 <input type="checkbox"/> 退院時要約 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<期間>		年	月 日
<期間>		年	月 日
<期間>		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	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> その他 ()		
請求者の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
代理権の確認方法	<input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> その他 ()		
本人同意の確認方法	<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他 ()		
処理欄	年 月 日受付 (担当課)		

- 注 1 請求者本人であることの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 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。