

第 1 号 様 式

診 療 記 録 の 開 示 に 関 す る 請 求 書

年 月 日

藤沢市民病院  
病院長

請求者  
郵便番号  
住所又は居所  
氏 名  
電話番号

次のとおり、診療記録の開示を請求します。

請 求 の 区 分	<input type="checkbox"/> 開 示 ( <input type="checkbox"/> 閱 覧 <input type="checkbox"/> 写し又は複写したものの交付)
患者の氏名及び住所 (代理人請求の場合のみ記入)	(本人が未成年の場合は、本人の生年月日も記入してください。)
請 求 に 係 る 診 療 記 録 の 内 容	

- (注) 1 請求の際には、請求者本人であることを明らかにする書類を提出し、又は提示してください。  
 2 代理人の場合は、代理権を有することを証する書類を提出し、又は提示してください。  
 3 のある欄には、該当する内にレ印を記入してください。  
 4 郵送による申請の場合は、電話にて開示請求の意思確認が取れ次第、申請を受理するものとします。

※病院記入欄

患者本人又は代理人であることを証する書類の名称	請求者確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> ( )	請求権限確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> ( )
-------------------------	---	---