様式 1

診 療 記 録 等 開 示 請 求 書

（佐久市保有個人情報開示等請求書）

年　　月　　日

佐久市立国保浅間総合病院
病院長　殿

下記のとおり診療記録の開示を請求いたします　　請求者 住所

氏名　　印

電話

□のある項目は該当する□にレ印をしてください

1	開示を求める診療記録の内容	□	医師記録	□	看護記録	□	ﾒﾃﾞｨｶﾙｽﾀｯﾌ記録
		□	処方内容	□	検査所見	□	手術記録
		□	画像記録	□	その他（　　）		
		□	診療記録開示を希望する科【　　】				
		□	診療記録開示を希望する期間【　年　月　日～　年　月　日】				
2	開示の区分	□	医師の説明	□	閲覧	□	複写・要約の写し
		□	訂正	□	削除		
3	請求者が患者本人以外の場合	請求者と患者との関係		□	法定代理人		
				□	患者本人から代理権を与えられた親族		
				□	代理権が付与されている任意後見人		
				□	親族に準じる者（世話をしている者・縁故者）		
		患者の氏名及び生年月日　性別		氏名			
				生年月日　　年　月　日生　性別　男・女			
		患者の住所及び電話番号		住所			
				電話番号			
4	開示希望日時	第一希望	年　月　日　曜日　午後　時				
		第二希望	年　月　日　曜日　午後　時				
		第三希望	年　月　日　曜日　午後　時				
		□	特に希望なし				

注 1　請求の際には、請求者ご本人を確認できる書類（運転免許証、旅券、健康保険証 等）の提示が必要です。

注 2　患者本人以外の請求はこの請求書以外に同意書が必要です。
また、請求資格が確認できる書類の提出が必要になります。

病院処理欄

請求者本人確認欄	□	運転免許証	□	旅券	□	健康保険証	□	国民年金手帳
	□	厚生年金手帳	□	その他【　　】				
患者本人以外の請求者資格確認欄	□	戸籍謄本	□	健康保険証	□	登記事項証明書		
	□	その他【　　】						
患者本人以外の請求の場合 患者本人の同意書（委任状）	□	同意書あり（15歳以上の未成年者の場合は同意書必要）						

開示担当部署		担当者	