診療記録等開示申請書

年　　月　　日

BOSS クリニック
院長　殿

下記のとおり診療記録の開示を請求いたします。

氏名（自署）　　㊞　　住所

受診者との関係　　電話

（日中連絡がとれる連絡先）

診療記録の開示を受けたい受診者	ふりがな		
	受診者氏名		
	住所	電話（日中連絡がとれる番号）:	
	生年月日	大・昭・平　年　月　日　生	性別 男　・　女
開示を希望する番号に〇をつけてください	1.診療記録（カルテ）		
	2.画像		
	3.その他の書類（　　）		
開示を希望する理由(差し支えない範囲でご記入ください)			

申込者本人確認方法

1 つでよい	運転免許証　旅券　運転経歴証明書　写真付マイナンバーカード　身体障害者手帳　療育手帳　精神障害者保健福祉手帳　在留カード　外国人登録証明書
2 つ必要 A＋A または A+B	(A) 健康保険資格確認書　年金手帳　共済組合員書　介護保険被保険者証　他
	(B) 会社の身分証明書または学生証（氏名・住所または生年月日のもの）　公的機関が発行した写真付資格証明
申込者資格確認方法	戸籍謄本　住民票　家庭裁判所の証明書　その他、代理人関係を確認し得る書類