

様式第1号

診療記録開示申請書

アネシス美容クリニック
病院長 殿

令和 年 月 日

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) 印

住所

受診者との関係

電話

(日中連絡がとれる連絡先)

診察記録の開示を 受けたい受診者	ふりがな		受診者診察券番号
	氏名		
	住所	電話(日中連絡がとれる番号):	
	生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日 生	性別 男・女
開示を希望する番号 に○をつけて下さい。 ※すべての場合不要	1.診療記録(カルテ)	希望期間 年 月 日～ 年 月 日	
	2.手術・麻酔記録	診療科目:	
	3.検査記録・検査成績表 4.画像:X線・CT・MRI・超音波 5.助産・看護記録	主治医:	
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 写真付き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)保険証 診察券 国民年金手帳 国民・厚生年金証書 介護保険被保険者証
	(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書
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