

診療記録等開示申請書

医療法人 中央みなと会
中央みなとクリニック

年 月 日

院長 斎藤 達也殿

住所
申請者 氏名
電話番号

次のとおり、診療記録等の開示を申請します。

1. 診療記録等開示対象の患者名		住 所 氏 名 生年月日
2. 申請者が患者本人でない場合		(1) 診療録 (2) 処方箋 (3) 検査所見記録 (4) X線写真 (5) その他 ()
3. 診療記録開示の内容		患者本人との続柄 ()
4. 診療記録開示の区分		(1) 診療記録の閲覧 (2) 診療記録の写しの交付
事務処理欄	申請者確認欄	(1) 運転免許証 (2) 健康保険証 (3) その他 ()
	申請者が患者本人でない場合	(1) 患者本人の委任状 (2) 戸籍謄本 (3) その他 ()
備 考		

太枠内は記入しないでください。

診療記録等開示申請回答書

年 月 日

殿

医療法人 中央みなと会
中央みなとクリニック
院長 斎藤 達也

年 月 日付の診療記録等開示申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

1. 診療記録開示 の可否	(1) 診療録	可	・	不可
	(2) 処方箋	可	・	不可
	(3) 検査所見記録	可	・	不可
	(4) X線写真	可	・	不可
	(5) その他 ()	可	・	不可
2. 診療記録開示 の日時及び場所	(1) 日時	年 月 日 午前・午後 時 分		
	(2) 場所			
3. 備考				
4. 問い合わせ先	中央みなとクリニック 個人情報保護責任者 ○○ ○○			

当日は、この回答書と申請者本人であることを証明できる書類（免許証・保険証等）を持参してください。

また、上記の日時に来院できない場合は、事前に電話等で問い合わせ先まで連絡してください。