（様式２）

診 療 記 録 開 示 請 求 書

1　開示を受けたい診療記録の内容（☑をご記入ください）

（１）診療科

☐　全科　　☐　指定あり（　　）

（２）対象期間　　年　　月　　日　　～　　年　　月　　日

（３）診療記録の種類

イ）診療録

☐　外来　　☐　入院

ロ）画像データ CD

☐　要　　☐　不要

ハ）その他開示希望内容　＜例＞初診記録のみ、検査結果・画像所見のみ等

（　　）

2　希望する提供方法（☑をご記入ください）

☐　コピー　　☐　閲覧　　☐　その他（　　）

3　患者氏名等

氏　名		生年月日	年　　月　　日
住　所	〒　　－		
電話番号	（　　）　　―		

上記のとおり診療記録の開示を受けたいので請求します

年　　月　　日

大阪労災病院長殿

請求者　署　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（患者との続柄：　　）

住　　所　☐　上記住所と同じ

〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　☐　上記電話番号と同じ

（　　）　　―

（患者の同意が必要な場合の患者記入欄）患者署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※確認欄（請求者は記入しないでください）

証明書類確認日（　　年　　月　　日）　確認者印（　　）

本人証明　☐運転免許証　☐旅券　☐健康保険証　☐その他

代理人証明　☐患者本人の同意　☐法定代理人証明書　☐戸籍謄本　☐委任状

☐その他

注：請求には各種証明書が必要です。また、受付の際に証明書のコピーを取らせていただきます。