

年 月 日

西予市立西予市民病院長 様

〒
 請求者 住 所
 氏 名
 電話番号 ⑩

次のとおり個人情報（診療記録）の開示を請求します。

1 個人情報（診療記録）の開示を受けたい患者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	診察券番号	
	本人確認書類※	1 運転免許証 2 健康保険被保険者証 3 マイナンバーカード 4 その他（ ）
2 請求に係る個人情報（診療記録）の内容・対象期間	内 容※	1 診療録（カルテ） 2 看護記録 3 処方内容 4 検査記録 5 検査結果報告書 6 診断画像 7 手術記録 8 その他（ ）
	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
3 提供の実施方法等	実施方法※	1 閲覧 2 診療記録の謄写の交付（説明無） 3 診療記録の謄写の交付（説明有） 4 診療記録の謄写の交付（請求者住所へ送付）
	謄写先媒体※	1 電子媒体（CD-R/DVD-R） ※指定がない場合は1となります 2 紙媒体（A4 版再生紙）
4 患者本人以外の請求の場合	患者との関係※	1 法定代理人 2 任意後見人 3 親族等 4 遺族 5 その他（ ）
	請求者資格 確認書類※	1 戸籍謄抄本 2 登記事項証明書 3 その他（ ）
	患者本人の 状況等※	1 未成年者（ 年 月 日生） 2 成年被後見人
	（ふりがな） 本人氏名	
5 備 考		受 付 印

注 1 ※の欄は該当するものの数字を○印で囲んでください。
 2 資格確認書類は原本証明のあるものを提出し、または提示してください。（提示されたものはコピーを取得します。）
 また、本人確認書類以外の資格確認書類は請求日より 30 日以内に発行されたものを提出してください。
 3 患者本人が 15 歳以上の未成年者の場合は、本人氏名欄は必ず患者本人が自署してください。