

診療記録開示申出書

鳥取市立病院長 様

申出年月日：	年	月	日
--------	---	---	---

下記のとおり診療記録の開示を申し出ます。(枠内を記入して下さい)

診療記録の開示を 受 け た い 方 (患 者 本 人)	住 所	〒		
	氏 名		患者番号	
	生年月日	年 月 日		
	電話番号			
申 出 者 ※申出者が患者本人 の場合は記載不要	住 所	〒		
	氏 名			
	電話番号			
申 出 者 と 患 者 の 関 係		☐ 患者本人 ☐ 法定代理人 (成年後見人 ・ 未成年者) ☐ 親 族 (患者からみて) ☐ そ の 他 ()		
開 示 を 受 け た い 診 療 記 録 の 種 類		☐ 診療録 (カルテ) ☐ 看護記録 ☐ 検査 ☐ 画像 ☐ 処方せん ☐ その他：		
診 療 科		☐ 全科 ☐ その他： 科		
期 間 等		(入院 ・ 外来)		
開 示 の 方 法		☐ 閲覧 ☐ 複写の交付 (☐ 用紙 ・ ☐ C D - R)		
診 療 記 録 が 存 在 し な い 場 合		診療記録不存在証明書 (1 通 1 , 6 5 0 円) の交付 ☐ 必要 ☐ 不要		

※病院処理欄

申出者本人確認	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 旅券 (パスポート) ☐ その他 ()
申出者資格確認	☐ 委任状 ☐ 戸籍謄本 ☐ その他 ()

委任状

私は、下記の者を代理人として、私の診療記録開示に関する開示手続及び受領に関する一切の権限を委任します。

委任者（患者本人）

氏名 _____ 印

住所 _____

生年月日 年 月 日 生

代 理 人	
氏 名	
患者との関係	
住 所	
電話番号	

注： 1）本書類は特別な場合を除き患者本人が自署してください。

自署する場合は押印が省略できます。

2）委任状の他に、患者と代理人の関係を証明するものの提出が必要です。