**診療記録開示請求書(見本)**

　　　年　　　月　　　日

〇〇医院　様

私は貴院が保有する下記の診療記録の開示を請求します。

1．開示請求者

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏名 |  |
|  |
| ふりがな住所 |  |
|  |
| 電話番号 |  | 患者との続柄 |  |

２．開示を求める患者

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏名 |  |
|  |
| ふりがな住所 |  |
|  |
| 生年月日 | 　年　　　　月　　　　日 |

３．開示を求める診療記録（〇をつけて下さい）

　　⑴　診療録

　　⑵　その他の記録

　　　　イ　処方せん

　　　　ロ　検査記録（具体的には　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑶　レントゲンフィルム

⑷　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）