【別紙 1】

診療記録等開示申請書

年　　月　　日

東京医科大学茨城医療センター病院長　殿

〒

申請者　　住　所

（ふりがな）

氏　名　　印

電話番号

次のとおり診療記録等の開示を申請いたします。

※ 開示を受けたい内容	(1)外来診療録　(　年　月　日～　年　月　日) (2)入院診療録　(　年　月　日～　年　月　日) (3)フイルム等　(　年　月　日～　年　月　日) (4)その他　(　年　月　日～　年　月　日)					
患者名				診療科 患者番号		
法定代理人が開示を請求する場合	※本人の状況	未成年者	１５歳未満		被後見人	
			１５歳以上	同意の有・無		
	（ふりがな） 本人の氏名					
	本人の住所 電 話 番 号					
※　希望する開示の方法	(1)　複　写　　(2)　要約書の交付　　(3)　その他					

注１：　※の欄は、該当するものを○で囲んでください。

注２：　申請の際には、申請者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、健康保険の被保険者証など）を提出、又は提示してください。

注３：　法定代理人が申請する場合には、注２の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本など）を提出してください。

本人等の確認方法	□運転免許証　□健康保険の被保険者証　□戸籍謄本　□その他（　　）		
確認した記号番号		担当課	
備　　考			

台帳番号	
受理日	令和　　年　　月　　日　　時　　分
受理者	㊞
受理窓口	①総務課　　②その他（　　）