

## 診療記録等の開示申込書

西暦 年 月 日

川西市立総合医療センター 病院長 殿

患者さまの情報を  
ご記入ください。

患者氏名 \_\_\_\_\_  
 大正・昭和  
 生年月日 平成・令和・西暦 年 月 日  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) - ( ) - ( )

次のとおり、上記患者の診療記録等開示を請求します。

1. 申請者 \* 該当欄に○を記入
- ( ) 本人
- ( ) 本人以外の方
- ( ) ① 法定代理人・任意代理人・法定相続人
- ( ) ② 患者本人から代理権を与えられた親族  
 \*②の場合には患者本人の意思が確認できる委任状を添えてください。
- ( ) ③ 現実に患者の世話をしている親族又はこれに準じる方  
 \*③の方による請求は、患者本人が成人で判断能力が充分でない場合に限りま。

申請者さまの情報を  
ご記入ください。  
(本人欄に○の場合は  
記載不要です。)

申請者氏名 \_\_\_\_\_  
 明治・大正  
 生年月日 昭和・平成・西暦 年 月 日  
 申請者住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) - ( ) - ( )  
 本人との関係 \_\_\_\_\_

2. 開示書類の期間  
 年 月 日～ 年 月 日 ・ 初診から全て
3. 開示病院名 (○で囲んでください。)  
 ①旧) 協立病院 ②旧) 市立川西病院 ③川西市立総合医療センター
4. 開示を申請する診療記録等の範囲 (○で囲んでください。)

医師の診療録 (カルテ) ・ 看護記録 ・ 医師看護師以外の職種の診療記録 ・ 手術/麻酔記録 ・  
 検査結果/所見 ・ 問診票 ・ 経過表 ・ 画像データ CD ・ その他 ( )

希望提供形式 : □紙媒体 ・ □電子媒体(PDF 化データを CD)

5. 受け渡し完了サイン

西暦 年 月 日 氏名