　　　 様式１

診療記録等開示申立書

　　　 年　　月　　日

栃木県立リハビリテーションセンター所長　様

住　　所

申立者 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記のとおり診療記録等の開示を希望します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　開示を希望する診療  　記録等の名称・内容 |  | |
| ２　開示の方法  （○で囲む） | (1) 閲覧　　　(2) 謄写 | |
| ３　申立者の区分  （○で囲む） | (1) 患者本人  (2) 患者の法定代理人（未成年の親権者、後見人等）  (3) 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人  (4) 患者から代理権を与えられた親族  (5) 現に患者の世話をしている親族  　 （患者の判断能力に疑義がある場合に限る。）  (6) 遺族（患者の法定相続人） | |
| ４　患者本人の氏名等  患者本人以外の  　　 申し立ての場合 | 患者氏名 |  |
| 住　　　　　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 患者本人との続柄 |  |

（注）１　申し立ての際には、本人であることを証明する書類（運転免許証、旅券等）を提出　　　　　又は提示してください。

２　本人以外の方（法定代理人等）が申し立てる場合は、申立者であることを証明する　　　　　書類に加え、上記表３の資格を有する者であることを証明する書類を提出又は提示し　　　　　てください。

（以下の欄は記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認書類 | (1)運転免許証 (2)旅券 (3)保険証 (4)その他（　　　　　　　　　　　） |
| 法定代理人等の  資格確認書類 | (1)戸籍記載事項証明書 (2)登記事項証明書 (3)委任状  (4)その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　　　　考 |  |