

## 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 \_\_\_\_\_  
 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	