様式1

診療記録開示申出書

神戸医療福祉センターひだまり　殿　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

申請者	ふりがな	
	氏名	印
	住所	〒
	電話番号(携帯又は日中の連絡先)	
	開示対象者との関係(いづれかに○)	対象者本人　・　親権者　・　後見人

開示対象者	ふりがな	
	氏名	印
	住所	〒
	生年月日	

開示方法、内容及び目的(いづれかに○もしくは記入)	方法	閲覧　・　謄写（紙印刷・CD-R）・　閲覧時医師による説明(30分まで)
	診療録等の内容	医師記録　・　看護記録　・　支援記録　・　リハビリテーション記録
		検査記録　・　心理記録　・　その他(　　　)
	閲覧・謄写等対象期間	(　　年　　　）から（　　年　　　）まで
	閲覧・謄写等の目的	
	閲覧所要(見込)時間	(　　　分)
	備考	

※担当者処理欄	法定代理人(成年後見人等)の場合 必要書類：申請者(法定代理人)であることを証明する書類の写し 開示対象者となる方の身分証明書の写し
	(備考)

内容確認日　　年　　月　　日　　担当者氏名

2023/11/1　事務部