

診療記録等開示申請書

年 月 日

いろはビューティークリニック
院長 殿

下記のとおり診療記録の開示を請求いたします。

氏名（自署） ⑩ 住所

受診者との関係 電話

（日中連絡がとれる連絡先）

診療記録の 開示を受けたい 受診者	ふりがな	<input type="text"/>		
	受診者氏名	<input type="text"/>		
	住所	電話（日中連絡がとれる番号）： <input type="text"/>		
	生年月日	大・昭・平 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生	性別 男・女	<input type="text"/>
開示を希望する 番号に○をつけて ください	1.診療記録（カルテ）	<input type="text"/>		
	2.画像	<input type="text"/>		
	3.その他の書類（ <input type="text"/> ）	<input type="text"/>		
開示を希望する理由(差し支えない範囲でご記入ください)				

申込者本人確認方法

1つでよい	運転免許証 旅券 運転経歴証明書 写真付マイナンバーカード 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 在留カード 外国人登録証明書
2つ必要 A+A または A+B	(A) 健康保険資格確認書 年金手帳 共済組合員書 介護保険被保険者証 他
	(B) 会社の身分証明書または学生証（氏名・住所または生年月日のもの） 公的機関が発行した 写真付資格証明
申込者資格確認方法	戸籍謄本 住民票 家庭裁判所の証明書 その他、代理人関係を確認し得る書類