

# 診療記録（カルテ）開示申請書

令和 年 月 日

白いあさがお皮膚科スキンケアクリニック  
院長 福田 朝子 殿

|        |   |
|--------|---|
| 〒      |   |
| 住所     |   |
| 申請者 氏名 | 印 |
| 電話番号   |   |

以下のとおり、診療記録の写しの交付を申請いたします。

|                               |                   |                                           |
|-------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| 1 申請に係る<br>診療記録の内容            |                   |                                           |
| 2 患者本人の氏名等<br>(患者本人以外が申請する場合) | 患者本人の氏名           |                                           |
|                               | 患者本人の住所<br>及び電話番号 |                                           |
|                               | 患者本人との続柄・ご関係      |                                           |
| ※<br>事務局<br>処理欄               | 患者番号              |                                           |
|                               | 申請者本人<br>確認欄      | (1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証<br>(4) その他 ( ) |
|                               | 申請者資格<br>確認欄      | (1) 戸籍謄本 (2) 住民票 (3) 委任状<br>(4) その他 ( )   |
| ※備考                           |                   |                                           |

注1：「申請に係る診療記録の内容」欄は、提供の申請をしようとする診療記録が特定できるよう具体的に記入してください。