

# カルテ等開示請求書

令和 年 月 日

(宛 先)

松戸市立総合医療センター

病 院 長 尾 形 章

請求者住所

請求者氏名

(生年月日 年 月 日生)

(電話番号 )

松戸市病院事業における診療情報開示に関する指針に基づき、次のとおり請求します。

請求に係るカルテ等の書類名又は記録内容		
本人以外が開示の請求をしようとする場合の開示対象者の区分及び生年月日	区 分	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 代理権を与えられた者 <input type="checkbox"/> その他の親族等
	氏 名	
	住 所	
	生年月日	
開示方法の希望	<input type="checkbox"/> 閲 覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 (コピー方法 <input type="checkbox"/> 片面 <input type="checkbox"/> 両面)	

(注1) 各欄に必要事項を記入し、該当する□にレを記入して下さい。

(注2) 請求の際は、本人であることを確認するために必要な書類の提出又は提示が必要です。

(注3) 本人に代わって請求する場合は、(注2)の書類のほか開示対象者であることを確認するために必要な書類の提出又は提示が必要です。