

カルテ開示・治療経過説明 申請書

西暦 年 月 日

1. 申請者

氏名： _____

住所：〒 _____

電話： _____（連絡可能な時間帯 _____）

2. 開示対象者が申請者と異なる場合と対象記録

対象者	氏名： _____		生年月日 年 月 日	ID _____
	開示対象者が 申請者と 異なる場合	開示 対象者 との ご関係	☐ 配偶者 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 子 (その他の場合は具体的に記載： _____) ☐ 法定代理人 (親権者・成年後見人など法律の規定による代理人) ※満15歳以上の未成年については疾病内容により開示対象者本人のみとなる場合があります ☐ 任意後見人 (将来、認知症などによって判断能力が不十分となった場合に備えて、 あらかじめ患者本人が契約によって定めた後見人)	
			開示対象者が成人で判断能力に疑義がある場合 ☐ 配偶者 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 子 ☐ もしくはそれに準ずる者 (その他の場合は具体的に記載： _____)	
対象記録	期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日 (頃)		
	開示方法	☐ 閲覧のみ ☐ 複写のみ	希望の日時があればお書きください	

3. 申請時ご提出いただきたい資料 ※申請時には本人確認が必須となります。

(1)申請者が開示対象者本人の場合

A：以下のいずれか1点

- ☐運転免許証 ☐パスポート ☐マイナンバーカード
☐公的機関発行の写真つき証明書 (_____)

Aがない場合：B 2点またはBC各1点

- B ☐健康保険被保険者証 ☐年金証書 ☐障害者手帳 ☐印鑑証明書
C ☐写真つき身分証明書 (社員証、学生証など)

(2)開示対象者が申請者以外の場合は(1)に加え、下記のご関係がわかる書類1点をご用意ください
☐戸籍抄本 ☐住民票 ☐登記事項証明書 ☐家庭裁判所の証明書 ☐その他 (_____)

なお開示対象者本人の自署と押印された委任状をご持参いただく場合は、
要配慮個人情報となりますので、取扱いを慎重に行い万全を期す必要がございます。そのため
場合によっては患者本人に直接電話、文章で意思確認させていただく場合がございますので、
予めご了承くださいようお願いいたします。

受付者： _____