

# 診療記録等の開示請求書

平成 年 月 日

日本歯科大学附属病院  
病院長 殿

《開示請求対象患者》

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 M. T. S. H. 年 月 日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

上記患者の診療記録等の開示を請求いたします。

《請求者》

\* 患者本人による請求の場合

氏名（自署） \_\_\_\_\_ (印)

\* 代理人による請求の場合（以下の欄に記入の上、患者本人の  
意志確認ができる委任状を添えてください。）

代理人氏名（自署） \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

《開示を請求する診療記録等の種類・内容》

《希望する開示方法》

閲覧  コピー