

様式 1

診療記録等の開示請求書

令和 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) _____ ⑩

* 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) _____ ⑩

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 CD 等の媒体