# 診療記録の写しの交付依頼書

## 差出人

氏名

住所

電話番号

メールアドレス

患者の生年月日

診察券番号または患者番号

## 宛先

宛先の氏名または部署名

宛先の住所

該当する診療科または担当医

作成地

日付

**件名：診療記録の写しの交付のお願い**

ご担当者様

貴院で保管されている私の診療記録について、下記のとおり写しをお送りくださいますようお願いいたします。ご確認のため、本人確認書類の写しを同封いたします。

## 対象期間および理由

対象期間：

から

依頼の理由

**交付を希望する資料**

- [ ] 診察、入院、手術の記録
- [ ] 画像検査およびその報告書
- [ ] 検査結果
- [ ] 処方箋および処方された治療の内容

**希望する受取方法**

- [ ] ご自宅への郵送
- [ ] 窓口での受取り（本人確認書類を提示）
- [ ] 安全な電子的方法による送付
- [ ] 本人確認書類の写しを同封

回答の希望期限

お手続きの前に、写しの作成や送付にかかる費用、およびその他に必要な手続きがあればお知らせください。依頼した情報は個人情報ですので、安全な方法でお送りくださいますようお願いいたします。

以上、よろしくお願い申し上げます。

添付書類

**送付方法**

- [ ] 配達証明付きの書留郵便（またはこれに相当する方法）
- [ ] 手渡し（受領書と引き換え）
- [ ] その他の方法

**署名**

署名者の氏名（楷書）