

診療録等の開示申請書

病院長殿

(患者登録No. _____)

診療記録等の開示を受けたい患者	フリガナ	生年月日		
	患者氏名	年	月	日生
	住所			
希望する開示方法 (希望する項目に○)	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 証明書の交付 <input type="checkbox"/> 複写の希望			
開示を希望する診療の内容	診療録の項目	診療日、部位等	閲覧	複写
	医師診療記載録			
	手術後・麻酔記録			
	検査記録・検査結果表			
	エックス線写真			
	看護記録			
	その他			
閲覧希望日 (複写のみの希望は記入不要)	第一希望日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前 _____ 午後 _____ 時 _____ 分		
	第二希望日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前 _____ 午後 _____ 時 _____ 分		

※開示申請者は本人であることを証明できるもの(免許証、パスポート、健康保険証、戸籍謄本等)をご提示のうえ、申請書を1階総合受付にご提出ください。
 ※開示にかかる費用の負担をお願いします。

- (1) 主治医の補足説明に係る費用 3,000 円 (税別)
- (2) カルテ開示に係る費用 2,000 円 (税別)
- (3) その他 診療録のコピー費用1枚 10 円 (税別)
- (4) 画像CD-R 1枚(エックス線写真等) 1,000 円 (税別)

私は、上記のとおり診療録等の開示を希望します。

尚、開示される診療内容は私(患者)が自ら医療等の目的に使用し、提供された情報は自己の責任において管理することを約束します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者

氏名

印

患者との関係

住所

電話番号