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（希望する項目に〇）	□閲覧　□口頭による説明　□証明書の交付　□複写の希望		

	診療録の項目	診療日、部位等	閲覧	複写
開示を希望する診療の内容	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　3,819 円（税込）
（ 2 ） カルテ開示に係る費用　2,420 円（税込）
（ 3 ） その他　診療録のコピー費用1枚　10 円（税込）
（ 4 ） 画像CD-R　1枚（エックス線写真等）　1,210 円（税込）

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