

診療情報開示申込書

伊勢赤十字病院長 様

診療記録等の開示を 受ける患者	(フリガナ)				
	患者氏名				
	患者番号				
	住 所	〒 -			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生			
開示を希望する記録 (該当する箇所に○ を 記入して下さい)		診察日、部位等	複写	閲覧	
	1. 診療録 (カルテ)	年 月 日 ~ 年 月 日	☐	☐	
	2. 検査記録	年 月 日 ~ 年 月 日	☐	☐	
	3. 画像 (XP・CT・MRI等)	年 月 日 ~ 年 月 日	☐	☐	
	その他	年 月 日 ~ 年 月 日	☐	☐	
		年 月 日 ~ 年 月 日	☐	☐	
開示希望日	第一希望	月 日 午前・午後			
	第二希望	月 日 午前・午後			
	☐ 特に希望なし				
同席家族の希望欄	氏名	続柄			
	氏名	続柄			

開示事務手数料	3,300円	画像	CDR	1枚あたり	1,100円
		カルテ	☐ CDR	1枚あたり	1,100円
			☐ 紙 A4	1枚あたり	20円
(すべて消費税込み)					

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

令和 年 月 日

申 請 者	氏 名	印
	患者との関係	
	住 所	
	電 話 番 号 ()-()-()	

本人が開示請求できない理由 (本人の同意が得られる場合は別紙1同意書が必要)

- ☐ 本人死亡のため
- ☐ その他

申 込 受 付 日	令和 年 月 日
受 付 者	氏 名 印