

### 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たい患者	(フリガナ)				
	患者氏名				
	患者番号	※診察券の番号 (8ケタ)			
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. 検査記録			<input type="checkbox"/>	
	3. 画像 (XP・CT・MRI等)			<input type="checkbox"/>	
	その他	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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		
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし				
同席家族の希望欄	氏名	続柄			
	氏名	続柄			

必要なものや、その期間などをご記載ください。  
例：R2.4.1～R5.12.31画像等

開示事務手数料	3,300円	画像	CDR	1枚あたり	1,100円
			<input type="checkbox"/> CDR	1枚あたり	1,100円
		カルテ	<input type="checkbox"/> 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

本人の場合、  
免許証等のコピーを同封してください

申込受付日	令和 年 月 日
受付者氏名	_____ 印