

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<br>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<br>(該当する箇所に○<br>を<br>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                         | 必要なものや、その期間などをご記載ください。<br>例: R2.4.1~R5.12.31画像等 |                          | <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                                              |                          |                          |                          |

|            |        |                            |            |                                           |
|------------|--------|----------------------------|------------|-------------------------------------------|
| 開示事務手数料    | 5,500円 | 診療録<br>(カルテ)<br>検査記録<br>含む | いずれか<br>選択 | <input type="checkbox"/> CDR 1枚あたり 2,200円 |
|            |        |                            |            | <input type="checkbox"/> 紙 A4 1枚あたり 30円   |
|            |        |                            |            | A3 1枚あたり 40円                              |
|            |        | 画像 (X線、CT、MRI等)            | CDR        | 1枚あたり 2,200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                 |  |
|       | 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        |