

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	☐	☐
		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	5,500円	診療録 (カルテ) 検査記録 含む	いずれか 選択	☐ CDR 1枚あたり 2,200円
				☐ 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	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