

# 診療記録開示申込書

院長殿

開示を希望する 患者氏名	フリガナ	
	患者氏名	
	診察券番号	
	住 所	
	生年月日	

開示を希望する記録	項目	診察日・部位等
	1 診療録(カルテ)	
	2 検査記録、検査成績表	
	3 X線/CT/MRI 画像	
	4 入院経過表	
	5 退院時要約	
	6 各種文書(同意書/診断書等)	
	7 その他	

開示方法	1 謄写                      2 閲覧
------	--------------------------------

修正履歴	1 有                              2 無
------	--------------------------------------

申請者(自筆)氏名	
-----------	--

(住所) 〒

(連絡先)                      -                      -

(記入日)                      年                      月                      日

(患者との関係)

1. 本人    2. 親族(                      )    3. 任意代理人(                      )    \*2, 3については患者本人からの委任状が必要です

4. 遺族(1親等に限る)    5. 法廷代理人( 親権者 / 後見人 )    6. その他(                      )

開 示 希 望 日	月                      日                      午前・午後                      時
-----------	--

\*提出書類については「診療情報開示(カルテ開示)について」をご確認ください。  
\*カルテ開示をキャンセルする場合は早めにお申し付け下さい。  
\*開示の準備状況に応じてはキャンセル料金(コピー代金)を頂く場合がございます。

.....以下当院記載欄.....

受付日	年                      月                      日	担当者
-----	---	-----

主治医意見欄	主治医(自筆)
--------	---------

(確認書類)

1 運転免許証                      2 マイナンバーカード                      3 健康保険証                      4 パスポート                      5 戸籍謄本

6 委任状 / 承諾書                      7 その他(                      )

院長	事務部長	委員長	医療安全室	所属長		開示料金
						¥                      (窓口 / 振込)