

様式 1

診療記録等の開示申込書 <本人申請記入例>

社会医療法人社団至誠会 木村病院
病院長 殿

記入年月日 2022年01月01日

診療記録等の 開示を求める 患者名	氏名	木村 太郎	生年月日	大・昭・平 10年01月01日生
	住所	〒812-0044 福岡市博多区千代2丁目13-19 Tel 092 (641) 1966		
	患者番号		最終来院年月日	年 月 日

開示を希望する記録	開示情報 ・ 入院期間 ・ 診察日 ・ 部位等		閲覧	複写
	1.入院診療録	医師記録・看護記録・検査記録		
2.外来診療録	医師記録・検査記録 (2021年12/1~12/31診療分)			○
3.画像 CD-R	(2021年12/1~12/31診療分)			○
4.				
費用	カルテ開示 (診療録、画像 CD-R を含む)			5500 円
	画像 CD-R のみ			2750 円

<本人申請の場合>

氏名： 木村 太郎 

住所： 福岡市博多区千代2丁目13-19

電話： 092 (641) 1966

<代理申請の場合>

氏名： _____ 印

会社名： _____ 社印

所属責任者名： _____ 印

(※社印がない時は会社名・所属責任者名・印)

住所： _____

電話： _____ () _____

患者様との関係： _____

※申請者は運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等写真つき身分証明書等での身元の証明が必要です。

(申請者と患者様本人が異なる場合本人の同意欄)

私は、上記のとおり、申請者 _____ に対して、私の診療記録が開示されることに同意します。

患者様本人 (自筆) _____ 印

閲覧を希望 される場合	希望日	第一希望	年	月	日	午前・午後
		第二希望	年	月	日	午前・午後
	()	特に希望なし				