

様式 1

診療記録等の開示申込書

社会医療法人社団至誠会 木村病院

病院長 殿

記入年月日 年 月 日

診療記録等の 開示を求める 患者名	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日生
	住所	〒 _____ Tel ()		
	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		
3.画像 CD-R			
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： _____ (印)

住所： _____

電話： () _____

<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				