

診療記録等 開示申請書 兼 同意書

西陣病院 病院長 殿

申請日 年 月 日

患者番号

1. 申請者情報

フリガナ		生年月日
申請者氏名	署名または記名押印	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒	
電話番号		

2. 患者情報（申請者と同じであれば、☐申請者と同じにチェックをつけてください）

フリガナ		患者との関係 1.親 2.子 3.配偶者 4.兄弟・姉妹 5.祖父母 6.孫 7.法定代理人 8.その他
患者氏名	☐ 申請者と同じ	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	

3. 開示を希望する記録（該当する☐にチェックをつけてください）

☐ 診療記録（カルテ）※以下の内容を含む		☐ 画像記録	
・診療録、看護記録、退院要約、書類等 ・検査結果（血液検査、画像検査、生理検査等） ・手術記録		・X線、CT、MRI等の画像	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
提供方法	1. 複写（ ☐ 書面 ☐ デジタルデータ） 2. 閲覧	実施希望日 （閲覧の場合）	年 月 日 午前・午後 時～

4. 開示に関する費用（税込）

開示手数料	診療記録 3,300円	その他費用	コピー代 10円（1枚）
	画像データ 1,100円		CD-R代 110円（1枚）

（本人同意欄）※患者本人の場合は記入不要

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。

患者本人（自筆）_____

（親権者同意欄）※患者が未成年の場合のみ記入

上記のとおり、_____の診療記録が開示されることに同意します。

親権者名_____

【開示書類受取署名欄】

上記の開示書類を受け取りました。

受取日 年 月 日 受取署名_____

（当院使用欄）

確認書類：☐運転免許証 ☐マイナンバーカード ☐資格確認書 ☐戸籍謄本 ☐パスポート ☐その他（ ）

コピー： 済 ・ 未 受付日： 年 月 日 担当者

備考：

[様式 1] 202608