

# 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

申請者	フリガナ			
	氏名	署名または記名押印		
	住所	〒		
	TEL			
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	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日		

開示を希望する記録にチェックをつけてください			
<input type="checkbox"/> 診療記録（カルテ）※以下の内容を含む	<input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 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～

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 \_\_\_\_\_

（当院使用欄）

申請者資格確認： 運転免許証 印鑑証明書 健康保険証 パスポート 戸籍謄本 その他（ \_\_\_\_\_ ）

コピー： 済 ・ 未 受付日： 年 月 日 担当者

備考：

[様式 1]