

# 診療記録の開示依頼書

様式 1

医療法人 三井会 神代病院  
院長 殿

年 月 日 提出

受付整理番号

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	男・女	1. 大正 2. 昭和 3. 平成 4. 令和
				年 月 日 生
	患者との関係	1. 本人 2. 家族 3. (未成年者・禁治産者の) 法定代理人 3. 任意代理人 4. その他		
	住所	〒 電話番号 ( ) -		

(注1) 「氏名」欄は、必ず**依頼者本人**が署名してください。

(注2) 「住所」欄は、依頼者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、番地、アパート名等まで詳しく記入してください。

次のとおり診療録等の開示（交付）を依頼します。

記

患者欄	氏名	(フリガナ)	男・女	1. 大正 2. 昭和 3. 平成 4. 令和
				年 月 日 生
	住所	〒 電話番号 ( ) -		
	* 開示を受けたい内容	診療科名 ( ) * 入院・外来の別 (1. 入院 2. 外来 3. 入院及び外来)		
1	診療録（カルテ）	年 月 日 ~	年 月 日	
2	看護記録	年 月 日 ~	年 月 日	
3	処方箋	年 月 日 ~	年 月 日	
4	検査記録	年 月 日 ~	年 月 日	
5	X線写真	年 月 日 ~	年 月 日	
6	その他 ( )	年 月 日 ~	年 月 日	
* 開示の方法		1. 閲覧のみ 2. 謄写（コピー）のみ 3. 閲覧と謄写（コピー）		

(注1) **太枠の欄**には必要事項を必ず記入して下さい。また開示依頼者の署名と捺印も必ずお願いします。

(注2) 患者欄の氏名には、受診当時の名前を記入してください。

(注3) **依頼者が患者様本人**で、現在、受診当時の「氏名及び住所」に変更がなければ**患者欄の記入は不要**です。

(注4) \*の欄は**該当する番号を○で囲んでください**。また期間 ( 年 月 日 ) を記入して下さい。

なお、「開示の方法」については、開示決定の後に再び要望聴取により確認します。

( ) には該当するものを記入してください。

(注5) **開示に関する手数料について**

事務手数料：7,700円（税込） CD-R代：1枚につき1,100円（税込）

コピー用紙代：白黒1枚につき55円（税込） カラー1枚につき110円（税込）

(注6) 開示された内容（情報）の取り扱いには十分御注意ください。

受付日付印

※開示依頼者（署名）

\_\_\_\_\_ 印