

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。

※開示依頼者(署名)

受付日付印



印