

病院長	看護部長	事務部長	医事課長

## 診療録等の開示申込書

太田記念病院 院長 殿

年 月 日

診療記録の開示 を受けたい患者	(フリガナ)				
	患者氏名				
	登録番号(患者ID)				
	住 所				
	生 年 月 日				
開示を希望する 記 録  (該当する箇所に○を 記入して下さい)	診療科	全科	開 示 期 間	謄写	閲覧
	1 診療録(カルテ)		～		
	2 検査記録・検査報告書		～		
	3 エックス線写真		～		
	4 C T		～		
	5 M R I		～		
	その他		～		
		～			
		～			
診療記録提供方法		(画像以外)	<input type="checkbox"/> 紙媒体 <input type="checkbox"/> 電子媒体		

閲覧希望日 (謄写のみ希望の場合 は記入不要)	第一希望		
	第二希望		
	第三希望		
	( ) 特に希望なし		

私は、上記のとおり、診療録等の開示を希望します。

(尚、開示手数料として8,800円、謄写の場合は別途診療録印刷費用・メディア作成費用等がかかります。)

申 請 者

氏名

印

患者との関係

申請者が本人の  
場合は記入不要

住所

電話番号

(本人同意書)

私は、上記のとおり、申請者

に対して、私の診療録等が開示される事に同意します。

患者本人(自筆)