

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			~		
			~			
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5,500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)