

診療記録等の開示申請書

姫路赤十字病院 院長様

患者氏名等	(フリガナ)	(姓)	(名)
	患者氏名		
	患者番号		
	住 所	〒	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	年 月 日
診療科名	科		
期 間	・ 年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 現存する全ての期間 ※申請期間に入院が含まれる場合、チーム医療を行っておりますので、入院期間は全診療科で開示します。		
開示申請内容	<input type="checkbox"/> 診療記録(医師・看護記録、その他)		
	<input type="checkbox"/> 画像記録(X線、CT、MRI、その他)		
	<input type="checkbox"/> 検査記録(血液検査、心電図、脳波、内視鏡、その他)		
	<input type="checkbox"/> カルテ不存在証明書		

開示費用(消費税込)

開示料	3,300円	CD-R(画像データ)1枚につき	1,100円
複写1枚につき	22円	証明書	3,300円

※1 開示料は申請・追加ごとにかかります。

※2 開示には申請書受理から約2週間ほど日数をいただいております。

- 申請内容及び開示費用等を確認し同意した上で、診療記録等の開示を申請します。
- 開示に対し、患者本人の同意を得られていない場合は、開示できない場合があります。

年 月 日

申請者 署名

電話番号

申請者が患者本人の
場合は記入不要です

患者との関係

住所

(注) 申請が代理人による場合には、患者本人の意思が確認できる委任状を添えて下さい。