

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。

診療記録等の開示申請書

姫路赤十字病院 院長様

身分証明書で確認できる内容と相違ないよう記載ください

患者氏名等	(フリガナ)	(姓) ニッセキ	(名) ハナコ
	患者氏名	日赤	花子
	患者番号	1234567	患者番号は診察券にある7桁の番号を記載ください
	住所	〒	該当の年号に○をお願いします。外国人の方は西暦を記載ください
	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	〇〇年 〇〇月 〇〇日
診療科名	〇〇科 (全診療科をご希望の場合は、全診療科と記載ください。)		
期間	・ 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ・ 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 checked="" 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 checked="" 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	

患者番号は診察券にある7桁の番号を記載ください

該当の年号に○をお願いします。外国人の方は西暦を記載ください

指定の期間がない場合は、こちらに○印を記載ください

※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。

希望の内容に印を記載ください

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。

該当の項目に印を記載ください

〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者 署名 日赤 花子

電話番号 日中連絡が付きやすい番号を記載ください

申請者が患者本人の場合は記入不要です

患者との関係 子

住所 身分証明書で確認できる住所を記載ください

(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。