

## 診療記録等診療情報開示申請書

申込日	西暦 年 月 日	患者番号	
患者氏名		患者連絡先	- -
患者生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (15歳未満・15歳以上の未成年・20歳以上)		
患者住所			
診療期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日		

選択肢の該当する項目の□にレ印をお願いします。

- (開示方法) ▶ 1. 窓口申込み・窓口お受取り (開示申請料：3,300円)
- ▶ 2. 郵送申込み(書留のみ)・窓口お受取り (開示申請料：3,300円)
- ▶ 3. 窓口申込み・銀行振込・郵送お受取り (開示申請料：5,500円+レターパックプラス600円)
4. 閲覧 西暦 年 月 日 時 分希望 (閲覧料：2,200円/30分間)
- (開示内容) ▶ 画像記録 (CD-R) (複写料：550円/1枚)
- 検査結果 (複写料：30円/1枚)
- カルテ記録 (複写料：30円/1枚)
- その他 ( ) (複写料：30円/1枚)

※お申込み後の開示方法・開示内容の変更はいたしかねます。

※不開示となった場合、開示申請書類一式と開示申請料は返却・返金いたしかねます。

医療法人財団興和会 右田病院 院長 殿

私は貴院の開示手続き方法を了承し上記の通り診療記録等診療情報開示を申請します。  
 なお、開示申請者以外の受領は致しません。

15歳以上の本人 (右に署名・捺印) 患者本人(自署) \_\_\_\_\_ 印

本人以外または15歳未満の本人の親権者 (以下に○または記入・捺印)

患者との関係 配偶者・実子・実父・実母・実兄・実姉・実弟・実妹・法定代理人・その他( )

申込者住所 \_\_\_\_\_

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印 申込者連絡先 \_\_\_\_\_ - -

病院使用欄 ※申込み者 未記入	受付者	受渡者	受領時記入欄	西暦	年	月	日
			受領者(署名)				