

診療記録（カルテ）の開示申請書

足利赤十字病院 院長 殿

下記のとおり、診療記録（カルテ）の開示の申請をします。

申請日 年 月 日

(ふりがな)

申請者氏名 (患者様との続柄：)

連絡先電話番号（平日昼間ご連絡のつく番号をご記入ください）

①

②

※申請書の提出後にキャンセルをされましても、料金が発生しますので、ご了承ください。

診察券番号	生年月日	年	月	日
患者様氏名 <small>ふりがな</small>				
ご住所				

開示内容（※開示希望の内容にチェックをしてください）	
開示手数料 2,200 円	
診療記録 CD または DVD 1 枚 3,300 円	画像記録 CD または DVD 各 1 枚 3,300 円
<input type="checkbox"/> 診療記録（カルテ）※以下の内容を含む	<input type="checkbox"/> ① X線・CT・MR 等の画像
<ul style="list-style-type: none"> ・診療録、看護記録、退院要約、書類等 ・検査結果（採血、病理等） ・検査レポートの記録（超音波、脳波、心電図等） ・手術レポートの記録 ・放射線レポートの記録（CT・MR 等） ・眼科レポートの記録 ・放射線治療の記録 	<input type="checkbox"/> ②内視鏡の画像
	<input type="checkbox"/> ③心臓カテーテルの画像（動画）
	<input type="checkbox"/> ④超音波の画像（心臓超音波のみ動画）
	<input type="checkbox"/> ⑤脳波 (windows7 以前の OS で視聴可)
	<input type="checkbox"/> その他
日付、期間	年 月 日 ~ 年 月 日

◇開示された記録等を確認のうえ、受領しました。 受取日 年 月 日

受取人サイン (患者様との続柄：)

※開示申請に伴い、ご提出いただいた個人情報（身分証明書等）については、この目的以外には使用しません。
また、申請書類については返却いたしかねます。

申請理由 (任意)	