

# 診療記録等の開示申込書 (カルテ開示申込書)

秋田赤十字病院 院長 殿

診療記録等の開示を受けたい患者	(フリガナ)		(フリガナ)		
	患者氏名		旧姓		
	患者番号				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日
	現住所	〒 - -			
	電話番号	- -			
開示を希望する診療記録等の範囲	1. 診療科 [ ]	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 外来			
	2. 期間 [ ]				
	3. 記録の種類	<input type="checkbox"/> ア 診療録 (カルテ) 提供方法: <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> イ 画像検査 (レントゲン、CT、MRI等) 提供方法: CDのみ <input type="checkbox"/> ウ その他 [ ]			
	4. その他 [ ]				
希望する開示の方法	1. 謄写 (コピーの交付) 2. 閲覧				

私は、上記のとおり診療記録等の開示を請求し、これにかかる料金 (※) の支払いに同意します。

尚、提供された情報は、診療に関する目的以外に使用しません。また、提供された謄写の再複写は行いません。

- (※) ◆手数料 開示1件につき 3,300円 ◆カルテコピー料 紙1枚につき 22円  
◆画像検査CD1枚につき 1,100円 CD1枚につき 1,100円  
◆診断書等 内容により1通最大 11,000円 ◆医師による説明 30分につき 5,500円

(表示料金は税込)

令和 年 月 日

《請求者》  患者本人同上

患者本人以外 氏 名 (自署) \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 - - \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

(注) 1. 請求者または診療記録等の受取人が代理人の場合は、患者本人自署の委任状を添えてください。

2. 代理人の範囲は次のとおりです。

- ① 法定代理人 ② 患者本人から代理権を与えられた配偶者又は子供  
③ 上記に当る親族が無く病院長がやむを得ないと判断した場合は、患者本人から代理権を与えられた3親等内の親族

3. 請求者本人であることを確認できる書類を提出又は提示してください。

4. 代理人の場合は、3. の書類の他に患者本人との関係を確認できる書類も提出又は提示してください。