

# 診療記録等の開示申込書 (カルテ開示申込書)

## 記入例

記入は、黒のボールペンで  
お願いします。

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)	セキジュウジ タロウ	(フリガ ナ)	アキタ
	患者氏名	赤十字 太郎	旧姓	秋田
	患者番号	診察券の番号 (現在通院しておらず診察券がない場合は不要)		
	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 [ 消化器内科 ]	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 外来		
	2. 期間 [ 平成○○年 ~ 最新の記録まで ]			
	3. 記録の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ア 診療録 (カルテ) 提供方法: <input checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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) 赤十字 花子  
住所 ○○○○  
電話番号 ○○ - ○○ - ○○  
患者との関係 母

(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。