

年 月 日

## 診療記録開示申請書

大森赤十字病院 院長 様

患者氏名 大森 花子 診察券番号 123456-7

患者生年月日 M・T・**S**・H 8年 5月 1日

申請者氏名 大森 花子 印 電話番号 03-1234-5678

申請者住所 〒 143-0001 続 柄 **本人**・親族・その他

大田区中央1-1-1

下記のとおり申請いたします。

提供内容 (カルテ、X線フィルム、 処方箋等の希望する診療記 録を具体的にご記入願いま す。)	診療科 <u>整形外科 科</u> ( <u>入院</u> ・ <u><b>外来</b></u> ) 平成〇〇年頃の診療録とフィルムのコピーを希望
希望区分	(1) 閲覧 (2) 口頭による説明 (3) <u><b>複写</b></u>
※申請受理日	年 月 日
※申請者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) パスポート (3) 健康保険証 (4) その他
※申請者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) 同意書 (3) その他

- 注) 1 提供内容は、診療記録が特定できるよう具体的に記入してください。  
2 申請書には、患者さま本人の証明となる身分証明書の写しを添付してください。  
3 患者さま本人以外からの申請の場合は本人の同意書並びに代理人身分証明書写しを提出してください。患者さまが死亡されている場合は、申請者との家族関係等を証明する書類（戸籍謄本、住民票 等）  
4 複写希望の場合は、コピー実費が必要となります。  
コピー（1枚 22円（税込） フィルム等コピー（1枚 2,200円（税込））  
5 ※欄は記入しないでください。