別記様式第1号

診療記録開示申請及び同意書

申請日　　年　　月　　日

申請者情報	ふりがな		㊞ 自署の場合不要 シャチハタ不可	生年月日	年　月　日
	氏　名			電話番号	（　　）　－
	住　所	〒			
	患者との続柄	□ 患者本人　□ 法定代理人（患者親族）　□ 弁護士　□成年後見人・任意後見人			
	代理申請理由				

※申請者が患者本人場合は記入不要				
患者情報	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏　名		電話番号	（　　）　－
	住　所	〒		

開示希望内容	開示方法	□　1．写しの交付　　□　2．閲覧
	対象期間	□　1．初回来院日から申請日までの期間 □　2．指定の期間 （　年　月　日 ～ 年　月　日　）
	診療科	□　1．全診療科（上記対象期間内で受診した全ての診療科） □　2．個別の診療科（　　）
	記録種別	□　1．全ての診療記録を希望（以下、1～4）
		□　1．診療録 □　2．看護記録 □　3．検査記録 □　4．放射線画像記録 □　5．その他（　　）
受取方法		□　1．来院受取　　□　2．郵送受取（着払）

□　診療記録の開示料について、申請1件につき、開示基本料 3,300円(税込)又は閲覧料5,500円(税込)が発生します。開示の可否にかかわらず、申請手続き完了後は開示基本料又は閲覧料が発生します。

□　写しの交付については、放射線画像記録は、CD-R又はDVD-Rにて1枚につき2,200円(税込)、それ以外の診療記録は1枚につき33円(税込)をにて提供します。

□　放射線画像記録の閲覧後の写しの交付については、全ての放射線画像記録が対象となります。写しの交付については、CD-R又はDVD-Rにて1枚につき2,200円（税込）にて提供します。

□　申請についてのキャンセル・内容追加・修正は、当日のみ可能です。申請日翌日以降のキャンセルについては、開示基本料又は閲覧料が発生します。また、申請日翌日以降の内容追加・修正については、再申請処理となり、再度開示基本料又は閲覧料が発生します。

□　写しの交付については、診療記録の開示料請求後、お支払いが確認できてからのお渡しとなります。

□　写しの交付について、郵送をご希望される場合は、宅配便の着払いでの対応となります。

□　閲覧については「別記様式第2号」の内容について了承し、申し込みます。

上記内容の説明をうけ同意のうえ、申請します。

年　　月　　日

署　名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿