入力をリセット　印刷する

診療記録等開示申請書

令和　　年　　月　　日

福岡和白病院　院長　殿

〒　　-

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

下記の通り申請します。

1	申請する診療録等の内容	① 申請期間	○平成 ○令和　年　月　日 ～ ○平成 ○令和　年　月　日				
		② 診療録（外来・入院）の 全て・一部	③ 画像データ（CD-R）	要・不要	④ 患者ファイル・文書管理（同意書等）	要・不要	
		⑤ 印刷方法	片面・両面				
2	開示の区分	① 閲覧　または　② 謄写					
3	患者本人以外の方が申請する場合	① 患者本人の氏名		② 患者本人の生年月日	年　月　日		
		③ 患者本人の住所					
		④ 患者本人の電話番号		⑤ 患者本人との続柄			
※病院処理欄	申請者本人の確認欄	① 運転免許証　② パスポート　③ 健康保険証 ④ その他　（　　）					
	申請者資格の確認欄						
	備考	開示事案No		患者ID			

注1） 太枠の中をご記入ください。

注2） 申請者が患者様本人でない場合、上記の通り申請者の身分・続柄等を証明できるもの及び委任状をお持ちください。

注3） 開示には費用がかかります。

（開示手数料　￥3,300-、A4用紙　1枚あたり　￥22-、A3用紙　1枚あたり　￥44-、CD-R　1枚あたり　￥3,300-）

注4） 見読性確保のため、修正履歴は省略しています。必要であればお申し出ください。

令和6年9月1日改正

受付者