

開示申込書

《宛先》 地方独立行政法人桑名市総合医療センター 病院長

診療記録等の開示 を受けたい患者氏名	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	患者番号		
	住 所		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 平成・令和	

開示を希望する記録の種類 (必要箇所に○を 入れてください)	診療科名		特定の診療日または身体部位に限定 した場合はその年月日または身体部 位を記入してください	複 写	閲 覧
	科				
	1	診療経過の要約			
	2	診療録 (カルテ)			
	3	血液検査データ			
	4	レントゲン画像			
	5	C T 画像			
	6	M R I 画像			
【開示に係る費用 (税込)】 1. 紙の複写…10円/枚 2. 画像 (CD-R) …550円/枚	そ				
	の				
	他				

閲覧希望日 ※希望日は申込日の2週間以上後をお願いします。	第一希望	令和 年 月 日	午前・午後 時頃
	第二希望	令和 年 月 日	午前・午後 時頃
	第三希望	令和 年 月 日	午前・午後 時頃

私は、上記のとおり診療記録等の開示・閲覧を申し込みます。
令和 年 月 日

申請者 氏名： _____ (印)

患者との関係： _____

住所： _____

電話番号： _____
(住所は患者本人が申請者の場合は記入不要)

受付者：