

カルテ（診療記録）開示申請書

淀川キリスト教病院 院長 殿

以下の範囲のカルテ開示を求めます。

患者名 _____

申請者 _____ 患者との続柄 _____

〒

申請者住所 _____

申請者電話番号 _____

開示記録： 診療録（カルテ） 画像データ（X線写真、CT、MRI等）

開示期間： _____ ～ _____

【備考】

※ご注意ください

開示された内容に関する問い合わせにはお答えできません。

ご提出いただいた書類は返却できません。

カルテ開示には開示手数料及びコピー代をいただきます。

開示手数料：3,300円（税込）

CD-R、DVD-Rでのコピー代

・診療記録：1,100円（税込）/枚

・画像データ：1,100円（税込）/枚

A4用紙でのコピー代：33円（税込）/枚