

診療録等開示申請書

医療法人新光会
横浜みのりメンタルクリニック
院長 吉岡 正哉 殿

申請日 年 月 日

下記のとおり、診療記録等診療情報開示を申請いたします。

患者氏名

代理人氏名

患者との関係または続柄

患者生年月日 年 月 日

住所(患者・代理人) 〒

電話番号(患者・代理人)

1.希望する開示内容 (開示申請料 5,500円)

診療録(カルテ) (複写料 20円/1枚)

検査内容 (複写料 20円/1枚)

その他() (複写料 20円/1枚)

2.希望する内容の期間

年 月 日 ~ 年 月 日

※お申込み後の開示内容の変更はいたしかねます。

※不開示となった場合、開示申請書等、開示申請料は返却・返金いたしかねます。

※郵送をご希望の場合は別途郵送料(レターパック440円)をいただきます。