

個人情報に関する開示請求書

平成 年 月 日

医療法人社団仁生堂 大村病院
院長 田中勝紘 殿

開示請求者

(フリガナ)

氏名

患者との関係

住所

電話番号

()

私は、医療法人社団仁生堂大村病院が保有する下記の個人情報を開示を請求いたします。
私は、下記の開示を希望する記録等(費用)について確認しましたので承諾いたします。

※患者さまの直筆でご記入下さい

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ	
	患者氏名	
	患者番号	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (性別) 男・女
	住所	

※請求者さまがご記入下さい

開示を希望する 記録等(費用) <small>*該当するものを○で囲む</small>	入院・外来の区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	記録の種類	1. 診療に関する記録のすべて 2. 診療録(カルテ) 3. 検査記録・検査成績表 4. エックス線写真 5. 画像:CT・エコー 6. 看護記録 7. その他()
	開示を請求書する期間	<input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外来 年 月 日 ~ 年 月 日
開示方法 (税込費用)	1. 閲覧 (5,400円/件) 2. 医師による口頭説明 (5,400円/件) 3. 写しの交付 (白黒コピー:10円/面、カラーコピー:50円/面、CD-R:1,080円/枚) 4. 要約書交付手数料 (5,400円/件)	

※請求者が患者本人以外の場合はご記入下さい

(本人同意書)

私は、上記の通り(請求者) _____ に対して、
医療法人社団仁生堂大村病院が保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自署) _____ (印)

※請求の際には以下の提示が必要です

1.本人(満15歳以上)	①運転免許証、旅券、健康保険証、年金手帳、公的機関が発行する証明書等
2.本人が15歳未満 又は成年後見人制度上の法定代理人	①運転免許証、旅券、健康保険証、年金手帳、公的機関が発行する証明書等 ②戸籍謄本(抄本)等、法定代理人の証明となるもの
3.代理人(保険会社等)	①患者と代理人の運転免許証、旅券、健康保険証、年金手帳、公的機関が発行する証明書等 ②代理人確認書
4.ご遺族(二親等内の親族)	①運転免許証、旅券、健康保険証、年金手帳、公的機関が発行する証明書等 ②戸籍謄本(抄本)等又は続柄を示す書類の原本か写し

受付	院長	医長	担当医		開示実施	費用徴収