

診療情報の開示申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 浅草寺病院長 殿

私は、開示を希望する内容及び提供の区分（費用）について確認し、下記の通り保有個人情報の開示を請求します。

フリガナ		印
申請者氏名		
患者との関係		
申請者住所		
連絡先電話		

※申請者が代理人である場合は、「代理人確認書」（様式2）を併せて提出して下さい。

開示を希望する個人情報の内容	<input type="checkbox"/> 外来診療録 <input type="checkbox"/> 入院診療録 <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 麻酔記録 <input type="checkbox"/> 検査記録・検査成績表 <input type="checkbox"/> 画像（エックス線・CT・MRI・エコー） <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> その他（備考：）
提供の区分	1. 基本料金（5,500円）これに以下の3.～5.がプラスされる。 2. 閲覧・視聴（基本料金に含む：2時間まで） 3. 複写料（文書類コピー：33円/枚） （半切フィルム：1,100円/枚） （その他フィルム：660円/枚） （CD-R：2,200円/枚） 4. 面談料（7,700円/件） 5. 診療経過要約書（5,500円/件） 6. 検査検体：無料

フリガナ	
患者氏名	
患者ID	
生年月日	

※記載内容に不備がある場合は、開示申請を受理することができません。予めご了承ください。

※以下の欄は記入しないでください。

申請者（受取り）の本人確認書類	①運転免許証 ②その他（）
法定代理人又は遺族であることを証する書類	①戸籍謄本 ②その他（）

開示の可否	可・否
-------	-----

【承認印】

副院長	担当医	事務部長	病院長

平成26年 3月25日再改訂
平成28年 4月12日再改訂
平成29年 7月18日再改訂
令和元年 9月24日再改訂
令和2年 6月1日再改訂