診療情報の開示申請書

令和	年	月	E
----	---	---	---

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	É	<u>-</u> []
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。	
	□外来診療録 □入院診療録 □手術記録 □麻酔記録	
開示を希望する個 人情報の内容	□検査記録・検査成績表 □画像(エックス線 · CT · MRI ·エコー)	
,	□看護記録 □その他 (備考:)	
	<u>1. 基本料金(5,500円)</u> これに以下の3.~5.がプラスされる。	
	2. 閲覧・視聴 4. 面談料 (7,700円/件) (基本料金に含む:2時間まで)	
提供の区分	3. 複写料 5. 診療経過要約書 (5,500円/件 (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) 6. 検査検体:無料 (CD-R :2,200円/枚)	:)
フリガナ		
患者氏名		
患者ID		
生年月日		
※記載内容に不備が	ぶある場合は、開示申請を受理することができません。予めご了承くた	ごさい。
※以下の欄は記入しな		
申請者(受取り)の本		
法定代理人又は遺族で を証する書類	であること 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