# 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 | □外来診療録　□入院診療録　□手術記録　□麻酔記録<br>□検査記録・検査成績表　□画像（エックス線 ・ CT ・ MRI ・エコー）<br>□看護記録　□その他　（備考：　　） |
| 提供の区分 | 1. 基本料金（5,500円）これに以下の2.～4.がプラスされる。<br>2. 複写料<br>（文書類コピー　：33円／枚）<br>（半切フィルム　：1,100円／枚）<br>（その他フィルム：660円／枚）<br>（CD-R　　：2,200円／枚）<br>3. 面談料（7,700円／件）<br>4. 診療経過要約書（5,500円／件）<br>5. 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】

| 診療支援部長 | 担当医 | 事務部長 | 副院長 | 病院長 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |