

診療情報開示申込書

申込日(西暦)

年 月 日

立川相互病院長 殿

フリガナ 申請者氏名		患者との関係 ()	
患者本人でない場合、次のどれに該当しますか。1つお選びください。 <input type="checkbox"/> (患者が合理的判断ができない状態にある場合)法定代理人または現実に患者の世話をを行っている親族またはそれに準ずる縁故者 <input type="checkbox"/> 患者本人から代理権を与えられた者 <input type="checkbox"/> (患者本人が死亡している場合)遺族(配偶者、子および父母)またはそれに準ずる者あるいはその代理人			
フリガナ 患者氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日
診療録番号 *診察券の番号をご記入下さい			
開示を受けたい診療情報を○印で囲み、該当欄へご記入下さい。			
1.外来診療録(検査記録、報告書を含む全て)	(全部 ・ 一部	年 月 日	年 月 日)
2.入院診療録(検査記録、報告書を含む全て)	(全部 ・ 一部	年 月 日	年 月 日)
3.歯科診療録(検査記録、報告書を含む全て)	(全部 ・ 一部	年 月 日	年 月 日)
4.検査記録、報告書のみ	(全部 ・ 一部	年 月 日	年 月 日)
5.放射線生理画像	(全部 ・ 一部	年 月 日	年 月 日)
6.その他(レセプト等)	()
希望される開示方法を○印で囲んで下さい。			
(1) 閲覧のみ	(2) 医師の説明	(3) コピーのみ	(4) その他()
費用のご説明 ●手数料は一律5,000円(税別)です。 ●複写の希望があった場合には、別途下記の料金がかかります。 ・診療録(カルテ):白黒コピー1枚20円/カラーコピー1枚50円 ・放射線生理画像:DVDコピー1枚2000円/レントゲンフィルムコピー1枚半切1000円、大角800円、大四切700円、四切600円、六切400円、CT・MR700円(税別) ・手術動画:DVDコピー1手術あたり5,000円(税別) ・医師面談費用:30分あたり5,000円(税別)			
開示希望日をお書き下さい。(第3希望まで) *開示希望日は申込日から10日目以降の日付でお願いします。 *開示は平日(月～金)の9:00～17:00に行います。 *土曜や時間外の開示を希望される場合は別途相談となります。 *医師の説明を希望の場合、診察等の都合によりご希望の開示日に添えない場合もございます。			
第1希望日	第2希望日	第3希望日	その他
年 月 日	年 月 日	年 月 日	
希望時間(AM・PM 時～)	希望時間(AM・PM 時～)	希望時間(AM・PM 時～)	
ご連絡先 *後日開示の回答書および開示日時を郵送にてお送り致します。 住所 〒			
*手続きの都合上、お電話にてご連絡させていただく場合がございます。ご自宅及び日中の連絡先のご記入をお願いします。			
自宅電話番号 :	【 】		
日中の連絡先 :	1.携帯	【	】
*該当を○で囲んで下さい。	2.勤務先	【	】
	3.その他	【	】

※開示の際は、ご本人様の確認をさせていただきますので、身分証明書をご持参ください。

①運転免許証、パスポート、マイナンバーカードまたは国が発行する書類で写真・生年月日が記載されているもの、いずれか1点

②上記書類がない場合、健康保険証・年金手帳1点と住民票・戸籍抄本・公の機関が発行した資格証明書など合計2点

代理の方は本人の委任状、患者様と代理人の関係を証明するもの(戸籍および患者様と代理人の身分証明書)、代理人の身分証明書をご持参ください。

ご記入されました個人情報診療情報開示業務以外には使用いたしません。

病院記入欄 : 窓口受付

年 月 日

受付担当者 ()

その他備考 :