

診療情報等の開示請求書

令和 年 月 日

阪南中央病院 病院長 殿

氏 名 _____

患者氏名 住 所 _____

電話番号 _____

以下の通り診療録等の開示を申請し、その際にかかる費用をお支払いすることに同意します

【申請する診療情報の内容】

	内容	期間
開示を希望する 診療録等 (該当するものを○で囲む)	1 診療記録のすべて外来・入院 2 診療録（カルテ）外来・入院 3 検査記録 4 エックス線写真	昭・平・令 西暦 年 月 日 }
	5 CT・MRI・エコー（所見のみ） 6 CT・MRI（データの作成） 7 その他（ ）	昭・平・令 西暦 年 月 日

【開示の手数料】

- 1 開示請求申請料 1件につき3,300円
- 2 閲覧（無料）
- 3 謄写（1枚につき白黒30円、カラー50円）
- 4 画像データの作成（CD-R 1枚につき2,200円、DVD-R 1枚につき5,500円）
- 5 要約書の交付（1件につき2,200円）

【申請者】 本人 本人以外 （委任状添付）

氏 名 _____ 続 柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____

*事務 処理欄	申請者本人確認欄	①運転免許証 ②健康保険証 ③マイナンバーカード ④その他（					
	申請者の資格確認	①戸籍謄本 ②患者との関係が確認できるもの ③その他（					
	院長	主治医	看護部長	事務長	医事課長	担当者	受付者
	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否		
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	

《注》

- 1 *欄には、記入しないでください
- 2 本人以外の方による開示申請の場合は患者本人の委任状が必要になります（ただし患者が未成年の場合を除く）