

# 診療情報提供の申出書

医療法人仁友会 北彩都病院長 殿

私は、下記のとおり、診療情報の提供を申し出ます。

申出日： 年 月 日

患者情報	患者番号 (フリガナ)					
	患者氏名	(姓名変更があった場合、受診当時の姓名を記載)				
	生年月日 (西暦)	年	月	日	生	

診療情報の内容	1. 申し出る記録	<input type="checkbox"/> 診療録(カルテ)	<input type="checkbox"/> 看護記録		
		<input type="checkbox"/> 検査記録	<input type="checkbox"/> 検査結果報告書		
		<input type="checkbox"/> 画像記録	<input type="checkbox"/> 手術記録		
		<input type="checkbox"/> その他( )			
2. 診療科	科				
3. 入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 外来			
4. 提供希望期間：	年	月	日	より	年 月 日まで

提供方法 (希望する方法にチェック)	<input type="checkbox"/> 口頭による説明(医師)	30分毎に	5,500円
	<input type="checkbox"/> 閲覧	(開示手数料に含む)	0円
	<input type="checkbox"/> 要約書の交付	1診療科につき	5,500円
	<input type="checkbox"/> 謄写(コピー)	1枚	22円
	※50枚を超える場合、謄写作業の事務手数料として追加料金が発生します。		
<input type="checkbox"/> CD-R	1枚	1,100円	

## 申出者に関する情報

氏 名 : (自署) \_\_\_\_\_

患者との関係：  
 本人  
 親族 (続柄： )  
 その他( )

電 話 番 号 : ( ) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住 所 : (〒 )

## 確認事項(確認した項目にチェック)

- ① 開示手数料は、申請1件毎に5,500円となります。
- ② 法定保存年数を超えたものについては、廃棄済みで存在しないものがあります。
- ③ ②のため診療録が存在しない場合、「診療録不在証明書(1件1,100円)」を発行できます。  
 希望する       希望しない
- ④ 申出者の身分証明書(運転免許証・パスポート・マイナンバーカード等)の写しを提出いただきます。
- ⑤ 申出者が親族の場合、本人と続柄を証明できる書類(住民票・戸籍謄本等)を提出いただきます。
- ⑥ 患者本人が当院以外で死亡されている場合、住民票(除票)・戸籍謄本・死亡診断書等を提出いただきます。
- ⑦ 郵送を希望される場合は追跡可能な発送方法となり、申出者に郵送料をご負担いただきます。

## 病院記載欄 (病院長の承認)

- 開示を承諾致します。
- 開示を拒否致します。(拒否理由： )

(自署) \_\_\_\_\_