

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"/> C D - 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 法定保存年数を越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) \_\_\_\_\_