

診 療 情 報 開 示 申 請 書

対象患者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒 ー		
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日		
情報開示		希望する	料金（税込）および備考	
	診療録（カルテ）		3,300 円	データCD（原則1枚）に保存してお渡しします。 印刷対応はできかねますのでご了承ください。 特段の指定がなければ、電子カルテを導入した2012年1月から申請日までを開示対象期間といたします。
	検査画像		1,100 円	
	スキャンデータ		3,300 円	
	その他		3,300 円	
	2011年以前のカルテ		3,300 円＋コピー代（白黒30円/頁、カラー100円/頁）	
	受取方法		郵送（申請者住所・患者住所）別途送料が必要です。	
		来院（希望日： 月 日）準備後にお知らせします。		
閲覧	指定場所での閲覧		5,500 円／30 分	操作説明等のため職員が同席します。
	閲覧希望日（参考）	月 日 時 分～	日程調整後にお知らせします。	

20____年____月____日

申請者氏名_____患者との続柄_____

住所_____電話番号_____

添付する本人確認書類： 運転免許証 ・ パスポート ・ その他_____

本人同意書（申請者が患者本人でない場合）	
私は、上記申請者に対して私の診療記録等が開示される事に同意します。	
20____年____月____日	患者氏名： _____
代筆者氏名： _____	代筆理由： 視力不良・その他_____

院長	担当医	診療情報管理士