

診療録等の診療情報提供申請書

平成 年 月 日

病 院 長 様

①診療録等の開示を受けたい患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	住 所		
	電話番号		
	生年月日	西暦	年
②開示請求をする理由 (詳細に記載して下さい)			
③提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧及び口頭による説明 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 要約の交付		
④開示を希望する記録 (該当する欄の”希望する”の所に○を記入して下さい)	記録	診察日・部位等記入してください。	希望する
	1. 診療録(カルテ)		
	2. 検査記録・検査成績表		
	3. 画像データ		
	4. その他		
⑤患者本人以外の者が提供の申請を行う場合の患者本人との関係など (該当する番号を○で囲む)	患者本人との関係	1. 患者本人の同意を得た親族等(本人との関係:) 2. 患者が合理的な判断をなし得ない場合において、実質的に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者(本人との関係:) 3. 患者が死亡した場合において、実質的に患者の世話をしていた遺族(本人との関係:) 4. 診療契約に関する法定代理権を付与されている法定代理人(成年被後見人・被保佐人・被補助人) 5. 未成年者の法定代理人(満15歳以上・満15歳未満) 6. 診療契約に関する代理権を付与されている任意後見人 7. 診療契約に関する代理権を付与されている上記以外の第三者(企業若しくは事務所名:)	
⑥患者本人以外の申請者	フリガナ	(姓)	(名)
	申請者氏名		
	住 所		
	電話番号		
	生年月日	西暦	年
⑦閲覧及び提供希望日 (必ずしもご希望に添えるとは限りません。ご了承下さい)	第1希望日	月	日 午前(10時～12時) ・ 午後(2時～5時)
	第2希望日	月	日 午前(10時～12時) ・ 午後(2時～5時)

受け取りサイン	H . .	
---------	-------	--

※開示費用・注意事項については裏面をご参照ください。

平成16年10月28日施行
平成30年12月15日改訂
平成31年1月15日改訂
医療法人社団吉徳会 あさぎり病院

<カルテ開示費用>

カルテ開示手数料	2000円
診療情報の閲覧	500円
カルテ・検査データ等の写し	10円(1枚につき)
CD-R	2160円(1枚につき)
文書による診療内容の要約	4320円

※上記以外の診療情報提供に関わる費用については、その都度説明致します。

<注意事項>

- 申請者が患者様ご本人の場合は、①～④までご記入下さい。
- 申請者が患者様以外の場合は、①～⑥までご記入下さい。
- 閲覧ご希望の場合は、⑦閲覧の希望日をご記入下さい。
- 申請者が患者本人以外の場合は以下の書類が必要です。
 - 1.申請者であることを証明する書類 ・ 資格を有することを証明する書類の提出または掲示
 - 2.該当患者(成年被後見人を除く)が15歳以上の場合は、本人の委任状(様式2)の提出(患者本人の印鑑を押印)
 - 3.患者本人の印鑑証明書

<注>写しの交付に要する費用及び説明書の交付にかかる手数料は、申請者の負担になります。

※下記は記入しないで下さい。

申請者本人確認欄	1. 運転免許証 2. 旅券 3. 健康保険証 4. その他()								
申請者資格確認欄	1. 戸籍謄本 2. その他()								
備考									
受付	主治医の意見		診療科部長の意見		管理者の決裁		費用		実施確認
	同意	不同意	開示	不同意	開示	不同意	不要	収受済	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
印	印	印	印	印	印	印	印	印	印

平成16年10月28日施行
 平成21年4月20日改訂
 平成30年12月15日改訂
 平成31年1月15日改訂
 医療法人社団吉徳会 あさざり病院