

診療情報開示請求書

頭とからだのクリニック

かねなか脳神経外科 院長 殿

請求者氏名 _____ 印

続柄 ()

住所 _____

電話 _____

次のとおり請求します

開示請求内容	(1)診療科 _____ 科 (2)期間 令和 年 月 月 ~ 令和 年 月 月 (3)開示内容 ①診療録 ②看護記録 ③処方内容 ④検査記録 ⑤検査画像 ⑥その他 ()
開示区分	(1)閲覧 (2)謄写(コピー)
費用	閲覧謄写基本料(1回) 2,200円(税込) ※閲覧謄写の際別途必要です。 ①謄写(コピー) A4一枚22円(税込) ②画像データ 1CD-Rあたり2,200円(税込)
患者本人以外から開示請求の場合	患者氏名(年齢) _____ (歳)
	カルテ番号 ID: _____
	患者の住所 〒 _____
	電話番号 () _____
	患者の状況 ①判断能力不十分 ②未成年者 ③その他 ()
	患者本人から開示を委託された状況 _____

注1 申請の際には、申請者本であることを確認するために必要な書類(運転免許書、パスポート、健康保険書等)を提出してください。

注2 二親等以内の親族・法定代理人が開示する場合には、注1の書類のほかに続柄関係・資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本等)を提出してください。

以下クリニック使用欄

代理人本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許 <input type="checkbox"/> 健康保険書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他()
受付担当者	令和 年 月 日受付・担当者: