

診療情報等の開示・貸与申請書

医療法人 祐愛会 祐愛病院
病院長 殿

申請日: 年 月 日

*病院使用欄

患者番号

フリガナ		生 年 月 日
患者氏名		明治・大正・昭和 平成・西暦 年 月 日生
住 所		

申請を希望する 記録など	※該当する箇所に○印を記入してください		閲 覧	複写(コピー)	貸 出
	1、診療記録のすべて				
	2、診療録(カルテ)				
	3、検査記録等				
	4、画像記録:エックス線(レントゲン)写真 ・超音波(エコー)画像・CT画像				
*診療録につまみし ては法律の定める場 合を除き、院外貸出 はできません。	5、その他				
閲覧希望日	第1希望:	年 月 日	時間:	時 頃	
	第2希望:	年 月 日	時間:	時 頃	
	第3希望:	年 月 日	時間:	時 頃	
*希望日は、日曜・ 祝祭日を除き、申請 日の7日目以降でお 願います。	□医師による説明を希望する 担当医師:				
	□医師による要約書を希望する				
提供実施日	年 月 日		提供担当者:		
貸出の場合のみ	提供期限:	年 月 日	返却受領者:		

申請者 氏 名		電話番号:
住 所		
患者様との関係	1:本人 2:法定代理人(続柄=) 3:任意代理人	

病院使用欄

確認者サイン:

本 人 = 1:当院診察券 2:運転免許証 3:健康保険証 4:パスポート 5:住基カード 6:その他
代理人 = 1:患者本人の同意書 2:法定代理人証明 3:戸籍謄本(抄本) 4:委任状 5:その他
理 由 = 1:他院受診 2:検査結果等の確認 3:その他

【料 金】 *下記に別途消費税と郵送等にかかる実費をいただきます。

- ① 診療録の閲覧=開示申請1件につき5,000円
- ② 複写(コピー)による交付=用紙1枚につき40円、CD-R1枚につき3,000円(上記①に加え別途請求)
- ③ 医師の口頭による説明=1件30分につき5,000円
- ④ 医師による要約書の交付=開示申請1件につき5,000円

費用受領者:

受領金額:

円