

記入例

個人情報開示申請書

申請日： 20XX 年 X 月 X 日

医療法人興生会 相模台病院長 殿

下記の通り、個人情報開示を申請します。

○患者情報

ふりがな 氏名	さがみ たろう 相模 太郎	連絡先 ※日中連絡のつく番号	046 - 256 - 0011
生年月日	19XX 年 1 月 1 日		
住所	〒252-0001 神奈川県座間市 ○○ ○-○○-○		
患者番号	0000000		
希望開示内容	内容： 診療記録 ・ 検査結果 ・ 検査画像 ・ 看護記録 ・ 全て ・ 面談 その他 () 期間： 令和 ○ 年 5 月 1 日 ~ 令和 ○ 年 7 月 30 日 年 月 日 ~ 年 月 日		

○申請者情報(申請者が本人の場合は記入不要)

ふりがな 氏名	さがみ はなこ 相模 花子	連絡先 ※日中連絡のつく番号	090 - XXXX - XXXX
住所	〒252-0001 神奈川県座間市 ○○ ○-○○-○		
患者との関係	家族(続柄： 娘) その他 ()		

以下当院使用欄

本人確認	運転免許証 ・ マイナ 戸籍謄本 ・ その他 ()
------	-------------------------------

申請者が本人以外の場合は、記入必須。

(親族、代理人、保険会社、弁護士事務所等)

医師承認欄

氏名：	年月日：	年	月	日
氏名：	年月日：	年	月	日
氏名：	年月日：	年	月	日
氏名：	年月日：	年	月	日
氏名：	年月日：	年	月	日

記入例

開示自費負担同意書

項目	内容	単価	数量
診療記録の複写料	白黒コピー 1枚	¥ 60	枚
	カラーコピー 1枚	¥ 220	枚
	CD-R・DVD-R 1枚	¥ 550	枚
面談料	医師による資料解説 (30分毎)	¥ 5,500	時間 分
	医師以外による資料解説 (30分毎)	¥ 3,300	時間 分
その他		¥	
合計		¥	

上記金額は、全て消費税込みの価格となっております。

患者番号： _____

説明者サイン： _____

同意欄

医療法人興生会 相模台病院 病院長 殿

この度、貴病院の自費負担についてはその内容を了解し、全額を遅滞なく支払うことを承諾致します。

20XX 年 X 月 X 日

患者氏名

相模 太郎

受任者 (申請者が本人の場合は記入不要)

申請者が本人以外の場合は記入必須。
(親族、代理人、保険会社、弁護士事務所等)

相模 花子 続柄 (娘)

記入例

委任状

20XX 年 X 月 X 日

医療法人興生会 相模台病院 病院長 殿

受任者： 氏名 相模 花子 続柄（ 娘 ）
生年月日 19XX 年 X 月 X 日
〒252-0001
住所 神奈川県座間市〇〇 〇-〇〇-〇
電話番号 090 - XXXX - XXXX

私は、上記の者（受任者）を代理人に定め、下記の権限を委任致します。

委任事項：（氏名）相模 太郎 に関する診療録等の閲覧・複写に関する全ての権限
以上

委任者： 氏名 相模 太郎
生年月日 19XX 年 1 月 1 日
〒252-0001
住所 神奈川県座間市〇〇 〇-〇〇-〇
電話番号 046 - 256 - 0011

※委任状は必ず委任者の自筆でお願いします。