

個人情報開示申請書

申請日： 年 月 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		連絡先 ※日中連絡のつく番号	-	-
生年月日	年	月	日	
住所	〒			
患者番号				
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： 年 月 日 ～ 年 月 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		連絡先 ※日中連絡のつく番号	-	-
住所	〒			
患者との関係	家族（続柄： ）、その他（ ）			

以下当院使用欄

本人確認	運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ 健康保険証 ・ パスポート 戸籍謄本 ・ その他（ ）
------	--

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

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。

_____ 年 月 日
患者氏名

受任者 (申請者が本人の場合は記入不要)

_____ 続柄 ()

委任状

年 月 日

医療法人興生会 相模台病院 病院長 殿

受任者： 氏名 _____ 続柄 (_____)

生年月日 _____ 年 月 日

〒

住所 _____

電話番号 _____ - _____

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) _____ 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 _____

生年月日 _____ 年 月 日

〒

住所 _____

電話番号 _____ - _____

※委任状は必ず委任者の自筆でお願いします。