

診療情報に関する請求書

年 月 日

医療法人久康会 平田東九州病院 御中

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく請求いたします。

開示を受け ようとする 患者	フリガナ		
	患者 氏名		
	診察券番号		
	住 所		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
		診察日・部位 等	
開示を希望 する記録等 (該当するもの ○で囲む)	①診療記録のすべて ②診療録 (カルテ) ③検査記録・成績表 ④エックス線写真 ⑤画像(CT・MRI) ⑥看護記録 ⑦リハビリ ⑧会計・経理 ⑨その他		

開示請求者 氏 名 印
患者との関係
住 所
電 話 番 号

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して、貴院が保有する私の
診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自署) 印

(※ 本人死亡又は、直筆不可の場合は、配偶者及び二親等の親族の署名)

受付	担当医	院長	開示実施日	※費用徴収	備考
資格確認: 本人の申出	①運転免許証 ③健康保険証 ③その他()		※いずれか一通		
患者様代理人	①戸籍抄本(謄本)と		※上記の①②③ いずれか一通		※コピー済み <input type="checkbox"/>

※ 開示に要する郵送料、コピー代等は別途必要経費を徴収させていただきます。