

診療情報開示請求書

独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院 御中

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第13条第 1 項の規定に基づき下記の通りに診療情報の開示を請求します。

【請求者記載欄】記

請求者氏名	(ふりがな)		
	印		
住所／電話番号	〒	TEL	()
患者氏名		患者ID	
請求する診療情報の受診期間			
求める開示の実施方法 (○印を付して下さい)	☐ 閲覧 ・ ☐ 写しの交付 ・ ☐ 口頭による説明 ・ ☐ 要約書の交付		
請求する書類	☐ 診療録の記載内容全て（診療録・手術記録・看護記録・検査記録・画像記録） ☐ 診療録のみ ☐ 画像記録（CR・CT・MRI）のみ ☐ その他（ ）		
開示書類の受取方法	窓口受取 ・ 郵送		

【病院記載欄】

開示請求者（患者との関係）	☐ 本人 ☐ 法定代理人 ☐ 親族 ☐ 遺族 ☐ 任意代理人
請求者本人確認書類	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 外国人登録証明書 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ）
請求資格確認書類※	☐ 委任状(必須) ☐ 患者本人の免許証の写し ☐ 健康保険証の写し ☐ 戸籍謄本 ☐ その他（ ）

※法定代理人・任意代理人が請求する場合の必要書類

請求内訳	開示手数料		円
	診療録写し（A4）	（ 10 円 ） × 枚	円
	CD-R	（ 100 円 ） × 枚	円
	DVD-R	（ 120 円 ） × 枚	円
	データファイル	（ 210 円 ） × 個	円
	郵送料		円
	消費税		円
請求金額（税込）			円