

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)		
	⑩		
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)	<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写しの交付 ・ <input type="checkbox"/> 口頭による説明 ・ <input type="checkbox"/> 要約書の交付		
請求する書類	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 診療録のみ <input type="checkbox"/> 画像記録（CR・CT・MRI）のみ <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 任意代理人
請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）
請求資格確認書類※	<input type="checkbox"/> 委任状(必須) <input type="checkbox"/> 患者本人の免許証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 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
	保険会社用 放射線画像データ	3,000円(税抜)	円
	郵送料		円
	消費税		円
請求金額 (税込)			円