

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) | | |
| | Ⓜ | | |
| 住所／電話番号 | 〒 | TEL | () |
| 患者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 請求する診療情報の受診期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 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 |