

様式 1

診療記録等の開示申込書 <代理申請記入例>

社会医療法人社団至誠会 木村病院
病院長 殿

記入年月日 2022年01月01日

診療記録等の 開示を求める 患者名	氏名	木村 太郎	生年月日	大・昭(平)10年01月01日生
	住所	〒812-0044 福岡市博多区千代2丁目13-19 Tel 092 (641) 1966		
	患者番号		最終来院年月日	年 月 日

開示を希望する記録	開示情報 ・ 入院期間 ・ 診察日 ・ 部位等		閲覧	複写
	1.入院診療録	医師記録・看護記録・検査記録		
2.外来診療録	医師記録・検査記録 (2021年12/1~12/31診療分)			○
3.画像 CD-R	(2021年12/1~12/31診療分)			○
4.				
費用	カルテ開示 (診療録、画像 CD-R を含む)		5500 円	
	画像 CD-R のみ		2750 円	

<本人申請の場合>

氏名: _____ (印)

住所: _____

電話: _____

<代理申請の場合>

氏名: 山田 一郎 (山田)

会社名: ABC 損害保険会社(株)

ABC
損保(株)

所属責任者名: 鈴木 三郎 (鈴木)

(※社印がない時は所属責任者名・責任者印が必須)

住所: 福岡市中央区天神 1-1-1ABCビル 6F

電話: 092 (123) 4567

患者様との関係: 保険会社代理人

※申請者は運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等写真つき身分証明書等での身元の証明が必要です。
(申請者と患者様本人が異なる場合本人の同意欄)

私は、上記のとおり、申請者 ABC 損保会社 山田一郎 に対して、私の診療記録が開示されることに同意します。

患者様本人 (自筆)

木村 太郎

(木村)

※注意点

- ・当該書式への患者本人の署名・押印によって患者同意の確認と致します。
- ・代理申請者 (保険会社担当者) の顔写真付き身分証明書のコピーが必要です。
- ・受け取りを郵送でご希望の場合は返信用のレターパックプラス (赤色) を同封の上お申し込み下さい。個人情報のためレターパックライト (青色) では対応していません。