

# 診療情報開示申請書

(請求日) 年 月 日

KKR 札幌医療センター病院長 殿

下記のとおり、診療記録等の開示を申請致します (太枠内をご記入下さい)

開示を受けたい患者について	フリガナ		押印 左記氏名が 自署の場合 は不要です	
	患者氏名			
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
	患者ID			
	住 所			
	電話番号	( )		
開示を申請する方  <small>開示請求者が患者本人以外 の場合のみご記入ください この場合、下記の委任状も 必要となりますのでご記入 下さい。</small>	請求者名			
	上記患者 との関係		患者の法定代理人	続 柄
			患者から代理権を与えられた親族又は これに準ずる方	
	住 所			
電話番号	( )			
開示を希望する記録  <small>該当するものを○で囲んで ください (複数記入可)</small>	外来診療録	入院診療録	退院時サマリ (入院中診療経過の要約書)	
	検査結果記録	看護記録	( ) ( )	
	エックス線写真 (部位)	CT / MRI	(部位 )	
診療日又は診療期間	年 月 日	～	年 月 日	
開示を希望する診療科  <small>該当するものを○で囲んで ください (複数記入可)</small>	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・代謝内分泌科・腫瘍内科・神経内科 小児科・外科・心臓血管外科・脳神経外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・ 産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・ 救急科・緩和ケア科・病理診断科			
開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 複写	<input type="checkbox"/> 要約書の交付	
<b>委 任 状</b>				
KKR 札幌医療センター病院長 殿				
私は、上記のとおり、申請者 _____ に対して、私の診療記録 が開示されることに同意します。				
年 月 日 患者氏名 (自署) _____				

請求者の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他	確認者 サイン
代理人の確認方法	<input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他	

別添

## 診療情報開示に係る料金表

開示手数料	1件につき
	2,200円（税込）
診療録等のコピー代	1枚につき
白黒	11円（税込）
診療録等のコピー代	1枚につき
カラー	44円（税込）
画像記録（CD-R）	1枚につき
	1,100円（税込）
郵送料（特定記録）	基本料金運賃+160円

※2019年10月1日現在

※上記項目について使用量に応じた料金の支払いが発生した場合、実費負担することに同意します。

日付

年 月 日

氏名