

診療情報等の開示・貸与申請書

医療法人 竹村医学研究会(財団) 小阪産病院

病院長 殿

*病院使用欄

患者番号

フリガナ		生 年 月 日
患者氏名	明治・大正・昭和 平成・西暦	年 月 日生
住 所		

	*該当する箇所に○印 を記入して下さい	閲 覧	複写(コピー)	貸 出
申請を希望する記録など *診療録につきましては法律の定める場合を除き「院外貸出」はできません。	1、診療記録			/
	2、検査記録等			
	3、画像記録:エックス線(レントゲン)写真 ・超音波(エコー)画像・MRI画像			
	4、プレパラート			
	5、その他			

閲覧希望日 *希望日は、日曜・祝祭日を除き、申請日の3日目以降でお願いします。	第1希望 : 年 月 日 時間: 時頃 第2希望 : 年 月 日 時間: 時頃 第3希望 : 年 月 日 時間: 時頃 <input type="checkbox"/> 医師による説明を希望する 担当医師: <input type="checkbox"/> 医師による要約書を希望する
--	--

提供実施日	年 月 日	提供担当者:
-------	-----------------------------	--------

貸出の場合のみ	提供期限 : 年 月 日	返却受領者:
---------	---	--------

申請者 氏 名	電話番号:
住 所	
患者様との関係	1:本人 2:法定代理人(続柄=) 3:任意代理人

病院使用欄

確認者サイン:

本 人 = 1:当院診察券 2:運転免許証 3:健康保険証 4:パスポート 5:住基カード 6:その他	
代理人 = 1:患者本人の同意書 2:法定代理人証明 3:戸籍謄本(抄本) 4:委任状 5:その他	
理 由 = 1:他院受診 2:検査結果等の確認 3:母子手帳の再交付 4:その他	*お聞きできた範囲で

- ①: 診療録の閲覧 = 開示申請記録1件につき1,000円
(法的保存期間5年を経過した場合は、別途3,000円、医師の確認が必要な場合は5,000円)
 - ②: 複写(コピー)による交付 = 用紙1枚につき20円 (上記①に加え別途請求)
 - ③: 電磁的記録 = 用紙に出力して閲覧: 用紙100枚までごとに200円、用紙に出力して交付: 用紙1枚につき20円
(上記①に加え別途請求)
 - ④: 医師の口頭による説明 = 1件1時間に当たり3,000円
 - ⑤: 医師による要約書の交付 = 開示申請記録1件につき3,000円
 - ⑥: フィルム等の貸出(レントゲン・MRI・CT・プレパラート・その他)、検査結果、投薬などの部分的な閲覧のみは無料
- * 上記に別途消費税と郵送等にかかる実費を頂きます

費用受領者:	受領金額: 円
--------	----------------------------

jo0005 20190125