

野田病院 病院長 殿
情報開示に伴い下記の内容をご確認の上、請求申請を行います。

申請日			
患者診療券 ID		患者氏名	
開示請求者		連絡先	

開示患者との関係	☐ 本人 ☐ 代理人 (代理人との関係) ()
----------	---

※本人以外の方が開示請求をする場合は委任状（代理権を有することを証する書類）が必要となります。

請求の方法	☐ 医師との面談 ☐ 閲覧 ※面談日は後日調整させていただきます。
	☐ コピー (☐ 手渡 ☐ 郵送 (郵送先 ())
開示種類	☐ 診療録 ☐ 検査記録 ☐ 看護記録 ☐ その他 ()
	☐ 画像データ (☐ すべて ☐ X線 ☐ CT ☐ MRI / 枚)
開示期間	年 月 日 ~ 年 月 日

*CD-R の複製は出来ません。必要数を依頼してください。 *大容量が大きい場合は複数枚数になります。

- (注) 1. 申込書はもれなく記入をお願いします（太枠内を記入してください）。
2. □のある欄には該当する□内に「✓」を記入してください。
3. 代理人の場合は、代理権を有することを証する書類を提示して下さい。

開示申請をするにあたり下記の内容を一読頂きください。開示申請にあたり下記について同意したものとみなします。

●診療情報提供には手数料(価格は税別)および諸費用がかかります。詳細は窓口にてお問合せ下さい(診療記録等、保存期間内のものに限りです)。

開示手数料	500 円/件	コピー(白黒)	10 円/枚	コピー(カラー)	30 円/枚	CD-R 代	1,000 円/枚
面談費	5,000 円/30 分	開示郵送手数料	950 円 (レターバック 1 袋分を含んでおります。2 袋以上使用する場合は追加料金が発生します)				

- 書類を準備した場合や面談時間から 24h 以内のキャンセルの場合でも諸費用は掛かります。ご注意ください。
- 請求申込書提出後、診療情報開示委員会にて開示方針の決定します。開示・または報告まで 14 日ほどかかります。予めご了承ください。
- 正当な手続きを経て行われた情報の開示により発生する本人、もしくは開示請求者の不利益に対しては、病院は一切責任を負いません。
- (注) 情報の開示が患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき、もしくは、患者が明らかに不利益を被る場合には開示に対する警告(説明)をする場合があります。主に次の事項です。
1. 対象となる診療情報の提供、診療情報等の開示が第三者の利益を害する恐れがある場合
- ①紹介状に含まれる情報等、第三者から得た情報であって、かつ開示について当該第三者の了解が得られない場合など
- ②開示請求者への診療情報提供により、家族、医療従事者及びその他の第三者が、当該患者の攻撃の対象となる可能性が高い場合など
2. 診療情報の提供、診療情報等の開示が患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがある場合

主管部署：個人情報管理担当者 診療情報の提供及び開示に関する規定

職員処理欄

開示請求者確認 ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 保険証 ☐ パスポート ☐ 在留カード
☐ その他 ()

本人確認 ☐ 代理請求の際の委任状

法定代理人・死亡者 ☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書

受付	担当	院長
----	----	----