

(様式第 1 号)

診療情報開示申請書

年 月 日

国保水俣市立総合医療センター 水俣市病院事業管理者 様

請求者

請求者氏名		電話番号	
請求者住所			
患者様との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 (<input type="checkbox"/> 患者本人が 15 才以上の未成年者) <input type="checkbox"/> 遺族・相続人 <input type="checkbox"/> 任意代理人 関係 ()		
	患者本人が 15 才以上の未成年者 の場合、患者本人 (親権者) の署名が必要です。 患者本人 (親権者) 署名 _____ 同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (法定代理人との連名申請の場合、本欄の署名をもって本人同意があったものとみなします。)		

次のとおり、診療記録等の開示を申し込みます。

患者氏名		生年月日	
患者住所		電話番号	

開示を希望する診療記録

診療科：

開示期間	<input type="checkbox"/> 外来	年 月 日	～	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 入院	年 月 日	～	年 月 日

診療記録内容：開示可能な記録のすべてを希望

以下は、一部のみ希望する場合にご記入ください。

診療系記録 (医師記録、病名、処方箋、退院サマリ、手術)

看護系記録

各種検査結果 (血液・尿・心電図・肺機能・病理組織等)

画像所見 (X線・CT・MRI・内視鏡・超音波)

画像データ (X線・CT・MRI・内視鏡・超音波)

※画像データは、CD-R (1,100円) でのお渡しとなります。

【備考】特記すべき事項があればご記入ください。

受取方法	来院・郵送	郵送の場合、レターパックプラスを準備いただくか、ゆうパック・宅配便の着払いでお送りします。(業者指定不可)
不存在証明書	必要・不要	廃棄などで開示できない場合、不存在証明書を発行できます。料金は開示手数料に含まれます。

○手数料について

開示手数料 1回 2,200円 記録の写し 1枚10円 CD-R 1枚 1,100円
送料 (レターパックプラスを用意いただくか、ゆうパックでの着払いが原則となります)

当院処理欄 (以下は記載不要)

受付者

請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
関係等確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状 (同意書) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()