

個人情報開示申請書兼承諾書

院長 入江 暢幸 殿

下記の通り、診療等に関する情報の開示を受けたいので申請します。

申請者情報	申請日: 年 月 日
氏名又は法人名	
患者との間柄	
身分を証明するもの	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
住所	〒 -
電話番号	申請された方と必ず連絡がとれる番号をご記入下さい。 ()
希望開示方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 要約書の交付
開示内容	<input type="checkbox"/> 外来診療録 <input type="checkbox"/> 入院診療録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 画像情報

《カルテ開示手数料:1,100円、カルテコピー代:11円/1枚、画像(CD)コピー:1,100円/1枚》
 料金は電話にて説明・同意済み

患者(利用者)情報 (申請者が患者及び利用者以外の場合記入して下さい。)

氏名	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
住所	〒 -
電話番号	()

※ 申請者が患者本人以外の場合は、患者(利用者)本人の承諾を頂いております。

患者(利用者)承認欄	
私は上記の通り、申請者 _____ に対して、	
私の個人情報が開示されることを承諾します。	
患者(利用者)本人の自筆の署名 _____	
承諾した年月日 _____ 年 月 日	

精算についての同意書	
私はカルテ開示の料金の説明を受け、お支払いすることに同意します。	
承諾した方の署名 _____	
承諾した年月日 _____ 年 月 日	

受付者	取扱管理者	法人事務部長	主治医	院長

※この申請書兼承諾書は、今回に限り有効と致します。