

診療録等開示申出書

令和 年 月 日

公立八女総合病院企業長 殿

私は、下記のとおり、診療録等の開示申出をいたします。
 開示申出にあたり、下記手数料を本院へ支払うことについて同意いたします。

1 申出者	住所	_____
	氏名	_____ 印
	電話番号	— — (患者との続柄) — — (弁護士番号)
2 申出に係る診療情報の内容		
3 開示区分 (○で囲む)	(1) 閲覧 ①すべて (2) 口頭による説明 ②退院時要約 (3) 写しの交付 ③画像データCD-R、DVD-R (4) その他 ()	
4 自由記載欄 (要望等があればお書き下さい)		
5 患者本人以外の開示の申出 の場合	患者本人の氏名	
	患者本人の現住所	
	電話番号	— —
6 開示に関する手数料について	コピー用紙代:白黒1枚につき11円(税込)、カラー1枚につき55円(税込)、CD-R1枚につき1,100円(税込) 総額 円	
事務局 処理欄	申出者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) マイナンバーカード (4) その他 ()
	申出者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他
	備 考	

注)

- 「申出者」欄は、自署または記名押印での提出をお願いします。
- 「申出に係る診療情報の内容」欄は、開示の申出をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入して下さい。
- 申出者は、本人であることを証明する書類を提出又は提示して下さい。
- 患者本人以外の申出の場合は委任状及び申出資格を証明する書類を提出して下さい。
- 診療録の開示は、原則一親族につき、一開示となっております。

* 太枠欄のみ記入して下さい。