

**診療情報開示請求兼同意書**

申請日 年 月 日

※太枠の中をご記入ください

フリガナ					
患者氏名	_____	生年月日	_____	年	月 日
郵便番号	—				
住所	_____	電話番号	—	—	

診療情報開示に関わる保険外負担料金に関する説明

診療情報開示による保険外負担費用が発生した場合の同意をいただくもので、利用された分のみご請求いたします。

<b>費用一覧</b>	(全て 10%税込み)
① 診療録の閲覧は無料	
② 診療録等の複写費用	手数料を含めコピーA 4片面 40 円/枚
	外部倉庫からの取り寄せが必要な場合 取り寄せ料 330 円/箱
③ X線・CT など画像の複写	CD 1000 円/枚
④ 医師の説明	3300 円
⑤ 診療要約 (説明文書) 作成	2750 円

京都民連あすかい病院 病院長殿	
保険外負担料金に関する説明を受け支払いに同意の上、診療情報の開示を希望します。	
フリガナ	
申請者氏名	_____ 続柄 _____ 委任を証する書類 有・無
郵便番号	—
住所	_____
自宅電話番号	— — 携帯電話 — —

—コピーを申請者にお渡しください—

(病院処理欄)

ID 番号									
患者氏名									

希望する診療情報開示の方法			
① 診療記録の閲覧			② 医師による説明
③ 医師による要約の作成			④ 診療記録の複写
開示を希望する記録	閲覧	複写	部 位・期 間
1.診療記録の要約書			
2.入院診療記録			
3.外来診療記録			
4.検査記録(心電図)			
5.X線写真		CD	
6.C T・MR画像		CD	
7.診療報酬明細書			
開 示 希 望 日 (複写のみの場合は記入不要です)	第一希望		月 日( 曜日) 時～
	第二希望		月 日( 曜日) 時～

	受付	主治医	医長	返却確認者	開示委員会	院長
日付						
署名						