

診療記録開示申請書(画像記録)

医療法人社団東山会 調布東山病院院長殿

年 月 日

患者名 氏名： _____ (ID: _____)
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所： _____
電話番号： _____ - _____ - _____

申請者 氏名(自署)： _____ (印)
患者との関係： 本人・法定代理人・配偶者・親族・弁護士・他(_____)
住所(本人の場合記載不要)： _____
電話番号(本人の場合記載不要)： _____

※平日日中に連絡が取れる電話番号をご記載ください。

開示申請者の本人確認書類

- ・下記の証明書をお持ちの方はいずれか 1 点。
 - 運転免許証 パスポート 船員手帳 身体障害者手帳
 - 運転経歴証明書(平成24年4月1日以降交付分)
 - 顔写真付きの身分証明書(官公庁、その他公益団体の発行したもの)
- ・上記をお持ちでない方は、下記いずれか 2 点。
 - 健康保険証 学生証 厚生年金保険年金証書(手帳) 生活保護受給者証
 - 開示申請書に捺印した印鑑登録証明書

開示申請者がご本人以外の場合は、請求者ご本人の身分確認に加え下記書類が別途必要となります。

- 患者様ご本人から開示に関する委任を受けた方：委任状原本
- 親権者、配偶者などの親族の場合：戸籍謄本(抄本)または住民票
- (未)成年後見人の場合：登記事項証明書

開示を希望される画像

検査項目 (XP/CT/MRI)	検査日	部位

開示費用： 基本料金：2,200 円 CD-R：550 円/枚

主治医/院長	受付	診療情報管理課
月 日	月 日	月 日
可否		