様式 1

診療記録等開示請求書

年　　月　　日

医療法人財団明理会
　　明理会東京大和病院長　殿

以下のとおり、申請書類をそろえ診療記録の開示を請求致します。

1、開示希望患者名

患者名 :　　ID:

生年月日:　　年　　月　　日

2、開示請求者名

請求者名:　　続柄:

住所:

電話番号:　　生年月日:　　年　　月　　日

注）確認のため、身分証明書を提示いただきます。（コピー不可）
　確認書類：運転免許書、パスポート、印鑑証明書、戸籍謄本
注）本人・法定代理人以外の請求の場合には、開示対象患者の意思が確認できる
　委任状を添えて提出いただきます。

3、開示を希望する診療記録の範囲

①対象期間 （　一部【期間:　　～　　】・ 当院での治療すべて ）
　法定保存期間を超える診療記録は破棄されている場合がございます。
②開示希望条件と金額（税込）

■開示に伴う手数料	8,800円/回
□閲覧のみ（診療情報管理室の職員が同席致します）	3,300円/30分
□診療記録のコピー	55円/A4　1枚

　提供方法:　□紙　□データ
　※データでの提供を希望される場合は、CD-ROMでのお渡しとなります。
　　診療記録のコピー代＋CD-ROM代が発生します。

□画像CD-R	2,200円/650MB　1枚
□医師による説明	11,000円/30分

注）閲覧に際しては、写真機材等の持ち込みはご遠慮下さい。

※申し込み後3～4週間を目途に開示の可否についてご連絡致します。

開示資料お渡し方法:　□窓口受取　　□郵送

様式　2

西暦　　年　　月　　日

委任状

明理会東京大和病院長 様

【委任者（患者）】

住所　　.

氏名（自署）　　㊞　.

生年月日　　.

連絡先電話番号　　.

私は、次の者を代理人と定め、診療記録の開示に関する一切の権限を委任します。

【受任者（代理人）】

住所　　.

氏名　　.

連絡先電話番号　　.

委任者との関係　　.

※代理人の方は、診察券、健康保険証、運転免許証、パスポートなどの身分証明書を提示してください。