

## 診療録等の情報提供申請書

年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会  
知多厚生病院 院長殿

申請者 フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 M・T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

患者から見た申請者の続柄 \_\_\_\_\_

私は、開示に伴う経費に同意の上、下記のとおり、診療記録等の情報提供を希望します。

患者ID \_\_\_\_\_

フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 M・T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日

提供を希望する診療科名			
情報の提供を受けたい 期 間 及 び 内 容  (希望する事項に○を 付けて下さい)	入院 ・ 外来 ・ 両方		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
		閲 覧	謄 写
	■診療録		
	■検査記録・検査成績表		
	■X線写真(フィルムコピー・CD-R)		
■その他			
備 考			
開示にかかる料金	開示手数料 3300 円 複写代：診療録 1 枚 10 円 /CD-R にした場合 1 枚 1000 円 画像診断のフィルム 1 枚 600 円/CD-R1 枚 1000 円		

- \* 申請の際、申請者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、健康保険証、厚生年金手帳、住民票等身分を証明できるもの）を提示してください。
- \* 申請者が本人以外の場合は、患者本人の意思が確認できる委任状（患者本人が満 15 歳以上）と患者本人との関係を証明する書類（戸籍抄本等）を提示してください。
- \* 患者本人が死亡している場合、第三等親までの親族は、患者本人との関係が証明できれば開示可能です。万が一、親族間でのトラブルが発生した場合、一切責任を負いかねますのでご了承ください。