

診療録等開示申請書

令和 年 月 日

医療法人社団真清の会 新千歳クリニック
理事長 宮井 保尚 殿

次のとおり、診療録等の開示を申請し、その際にかかる費用をお支払いすることに同意します。

1. 診療録等開示対象者

患者 ID	
氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
住所	(〒 -)
電話番号	

2. 開示依頼人

開示依頼人	☐ 本人 ☐ 本人以外 ・親族（続柄：） ・法定代理人（続柄：） ・法律事務所 ・保険会社 ・その他（） ※親族とは、6 親等内の血族、配偶者、または 3 親等内の姻族のことを指します。
同意書 ※本人以外が申請する場合必要です。	☐ あり ☐ なし

3. 開示を請求する診療録等の範囲

申請期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日
開示を希望する記録	☐診療録 ☐検査記録・検査結果 ☐当院発行の診断書 ☐当院発行の紹介状 ☐検査画像記録（開示媒体は CD-R となります。） ※他医療機関の医師からの紹介状等、第三者から得た情報については、開示の範囲に含まないものとします。

4. 注意事項

●開示までの日数について

原則として開示には 1～2 週間ほどお時間をいただきます。お急ぎの方は事前にご相談ください。

●本人確認について

個人情報の保護のため、本人確認書類の提示が必要です。顔写真付きのもの（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等）をご用意下さい。

代理申請する場合は、本人の同意書および代理人の本人確認書類が必要です。また、必要書類に不備がある場合は開示をお受けできません。

●開示手数料について

診療録等の開示には下記の実費をご負担いただきます。

開示請求手数料	3,300 円（税込）
診療録の写し（1 枚につき）	55 円（税込）
検査画像 CD-R	11,000 円（税込）
医師面談料	5,500 円（税込）
郵送料（レターパック 1 部につき）	600 円