

医療法人社団 康心会

湘南東部総合病院 院長殿

湘南東部クリニック 院長殿

申込み日付:西暦 年 月 日

患者氏名			主治医		
生年月日	西暦	年	月	日	ID
申請者			患者との関係		
<b>*申請者が代理人の場合は、「本人同意証明書」及び「代理人確認書」が必要です。</b>					
住所 (本人)	〒				
連絡先 (本人・法定代理人)	〒				
電話番号(本人・代理人)	(携帯)				
情報種類	( )入院診療に関する情報 ・ ( )外来診療に関する情報 ・ ( )両方				
開示を希望する 記録等 (該当するものに チェックを して下さい)	①診療情報全部 ( )	①入院期間( )	②診療録 ( )	②外来期間( )	③画像 ( )
	④検査記録 ( )	③撮影日 ( )	⑤看護記録 ( )	④検査日 ( )	書類(診療支援課への書類) 有 ・ 無
本人又は代理人の 確認方法	運転免許証 <input type="checkbox"/>	身分証明書 <input type="checkbox"/>	健康保険証 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>	
<p>診療情報の提供の準備に、約2週間かかります。</p> <p>※ 開示にかかる費用は別表に掲載しています</p> <p>※ 正当な手続きを経て行われた情報の開示により発生する本人もしくは開示請求者の不利益に対しては、病院は一切責任を負いません。</p> <p>※ 情報の開示が患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき、もしくは、患者が明らかに不利益を被る場合には記録を開示しない場合があります。主に次の事項です。</p> <p>1. 対象となる診療情報の提供、診療情報等の開示が第三者の利益を害する恐れがある場合。</p> <p>①紹介状に含まれる情報等、第三者から得た情報であって、かつ開示について当該第三者の了解が得られない場合。</p> <p>②開示請求者への診療情報提供により、家族、医療従事者及びその他の第三者が、当該患者の攻撃の対象となる可能性が高い場合。</p> <p>2. 診療情報の提供、診療情報等の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき。</p> <p>①悪性腫瘍・精神疾患・遺伝性疾患等の患者で、症状や治療内容等について十分な説明をしたとしても、患者本人に心理的影響を与え治療効果等に悪影響を及ぼすと考えられる場合。</p>					

上記事項について了解をしました

氏名: \_\_\_\_\_

受付施設	受付日	受付者	報告日	連絡日	連絡方法	担当
病院 / クリニック						

診療情報開示の請求書兼受領書

<u>開示を受けた情報の種類</u>			
1. 開示手数料	2,000円(受診中は除く)	(	円)
2. 診療報酬明細書(レセプト)	100円/枚	枚=(	円)
3. コピー料金			
データベース	(入院) 20円/枚×	枚=(	円)
経過記録	(外来) 20円/枚×	枚=(	円)
検査報告書			
X線フィルム	半切 700円/枚×	枚=(	円)
	大角 600円/枚×	枚=(	円)
	大四 500円/枚×	枚=(	円)
	四切 400円/枚×	枚=(	円)
	六切・八切 300円/枚×	枚=(	円)
レントゲンフィルム袋料	100円/枚×	枚=(	円)
CD	200円/枚×	枚=(	円)
4. 病理スライドフィルム	800円/枚×	枚=(	円)
5. 病理組織標本	800円/枚×	枚=(	円)
6. その他の記録			
7. カルテ運搬費用(診療情報取寄せ料)	500円	(	円)
	金額		円
	消費税		円
	*合計金額		円

\* 合計金額は、請求該当項目の金額を合計したものです。  
 \* 診療情報の閲覧のみの場合は、開示手数料を申し受けします。

西暦                      年                      月                      日

ID: \_\_\_\_\_

湘南東部総合病院  
 診療情報管理室  
 担当: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ (印)