

保有個人情報開示申出書(患者本人)

西暦 年 月 日

地方独立行政法人加古川市民病院機構
加古川中央市民病院
病院長 大西 祥男 様

患者情報	氏名	(診察券番号) (西暦 年 月 日生)
	住所	〒 電話番号() -

加古川中央市民病院診療情報の開示及び第三者提供取扱要綱第6条の規定により、下記のとおり保有個人情報の開示を申出します。また、下表に定められた事務手数料及び各料金をお支払いいたします。

個人申出に係る保有情報	開示を希望する記録(該当する箇所に○を記入してください。)	対象診療科		入外区分	入院 ・ 外来	
		1. 診療録(カルテ)				
		西暦 年 月 日 ~ 年 月 日				
		2. 診療録資料(検査・画像)				
西暦 年 月 日 ~ 年 月 日						
3. その他(備考)						
開示の方法		(1) 閲覧	(2) 写しの交付	(3) その他()		

項目	数量	料金(税抜)	発行数	項目	数量	料金(税抜)	発行数
電子媒体(CD-R等)	1枚	2,500円		コピー用紙(白黒)	1枚	10円	

※ 発行枚数及び請求金額は、数量が確定後に病院側にて記載します。

請求金額 _____ 円

受け取り日(西暦) 年 月 日	受け取り者氏名 _____
-----------------	---------------

【病院記載欄】 (記入しないでください。)

受付時確認欄(確認できたら☑する)

必要事項の記載(「申出に係る保有個人情報の内容」欄のすべての項目、及び料金に関する同意の署名)

本人の身分証の写し

その他()

(備考欄)

受付者印