様式第1号-2（規程第9条3項関係）

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　平田　健一　　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。

申出に係る保有個人情報の内容	開示を希望する記録（該当する箇所に〇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