診療録（カルテ）等の開示請求書

西暦　　年　　月　　日

医療法人全医会　東京腰痛クリニック

請求者　住所：

請求者　氏名：　　印

（連絡先電話番号：　　）

（患者との関係：　本人・本人以外（　　））

【請求者の本人確認書類を添付。本人以外の場合には委任状も添付】

以下の患者に関する資料の開示を請求します。　　【該当箇所の□に✔をお入れください。】

（フリガナ） 患者氏名	
性　別	1. 男　　2. 女
生年月日	年　　月　　日　　生
住　所	
開示方法 並びに開示範囲	□ 閲　覧　□ コピー作成　□ 医師説明　□その他（　　） □ 全　部　□ 一　部（　　）
開示を希望する記録物	□ 診療録（カルテ）　□ 検査記録　□ 画像（装置名　　） □ その他（　　）
開示請求の理由 ※任意	

【開示料金】

・開示基本料	1 回当たり	3,300 円	（税込）
・紙媒体によるコピー・印刷料	1 枚当たり	30 円	（税込）
・画像 CD・DVD 作成料	1 枚当たり	2,200 円	（税込）
（フィルムは取り扱っておりません。）			
・医師説明	30 分以内	11,000 円	（税込）
	60 分以内	22,000 円	（税込）

【医療機関使用欄】

院　長	担当医	事務管理			作成者