

令和 年 月 日

個人情報に関する開示請求書

日本大学松戸歯学部附属病院
病 院 長 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示していただくよう請求いたします。

記

開示対象患者	カルテ番号		
	フリガナ		
	患者氏名		
	生年月日		
	住 所		
診察日・部位等 開示を希望する記録等 (該当するものを ○で囲む)	開示資料内容		診察日・部位等
	1	診療記録のすべて	
	2	診療録 (カルテ)	
	3	検査記録・検査成績表	
	4	X線, CT, MRI, エコー	
	5	看護記録	
	6	その他	

※患者ご本人の身分証明書（運転免許証・運転経歴証明書・個人番号カード等）の写しを必ず添付してください。開示請求者が患者ご本人でない場合は開示請求者の身分証明書も添付してください。

開示請求者 氏 名 _____ (印)

患者との関係 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、貴院が保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人 (自署) _____ (印)

病 院 長	副病院長	病院事務長	所属責任者	担当医・者	管理課長	受 付
						／

個人情報の開示に係る費用等について（ご案内）

当院では、カルテ開示に係る基本料金（手数料）は頂戴しておりませんが、次のとおり費用が発生いたしますので予めご了承ください。

- ①カルテのコピー料金 1枚につき 110円（消費税込）
②X線・CT・MRI画像（CD-R）1枚につき3,630円（消費税込）

※お振込みによるお支払いの場合、振込手数料は開示請求者のご負担となりますのでご了承ください。なお、費用のお支払いが確認でき次第のお渡しとなります。

※カルテ開示資料のご郵送を希望される場合は、宅配便（着払）対応もしくは事前にレターパックプラスをこちらの請求書と一緒にご提出ください。

※お支払いいただきました開示に係る費用は、いかなる理由でもご返金いたしません。

※患者ご本人の身分証明書（運転免許証・運転経歴証明書、個人番号カード等）の写しを必ず添付してください。開示請求者が患者ご本人でない場合は、開示請求者の身分証明書も添付してください。

「個人情報に関する開示請求書」提出先
〒271-8587
千葉県松戸市栄町西 2-870-1
日本大学松戸歯学部附属病院 管理課（庶務係）
047-360-7111

以 上