

(様式1号)

# 個人情報の開示請求書

久留米大学医療センター病院長 殿

個人情報の開示を受けたい診療科及び患者氏名等	診療科			
	診察券番号			
	(フリガナ)患者氏名			
	生年月日	年	月	日生
	住所	〒 —		
内容及び方法	開示の内容	開示の方法を○で表示してください		
		コピー	閲覧	
	1 診療録 (カルテのみ)			
	2 検査記録			
	3 エックス線、CT等画像			
	4 退院時要約 (入院のみ)			
5 その他				
期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

私は、上記のとおり、個人情報の開示を請求いたします。

開示請求にあたり、下記手数料を支払うことについて同意いたします。

年 月 日

【請求者氏名】 ⑩  
 【患者との関係】  
 【郵便番号】  
 【住所】  
 【電話番号】 (            )            -            -  
 【携帯電話】            -            -

<p><b>【開示に関する手数料について】</b>  <input type="checkbox"/> 開示手数料：3,300円 (税込)  <input type="checkbox"/> コピー用紙代 (モノクロ)：1枚22円 (税込)  <input type="checkbox"/> CD-R代：1枚1,100円 (税込)                  ※窓口での支払いにクレジットカードは使用できませんので予めご了承ください。                  ※申し込み後1週間以内はキャンセル可能ですが、開示手数料は徴収いたします。ご了承ください。</p>
--

(様式2号)

法定代理人 (親族以外)、任意後見人による代理申請で証明書が発行できない場合は以下を記入。

(本人同意書)

私は、以上のとおり、請求者 \_\_\_\_\_ に対して、私の個人情報が開示されることに同意します。

患者本人自署 \_\_\_\_\_ ⑩