

## 診療録等の個人情報の請求について

### 1 診療録等開示請求書の記入について

- (1) 日付は記入しないでください。
- (2) 申請者（患者様本人）の氏名・住所・連絡先（電話）等を記入してください。
- (3) 「請求内容の区分」は、「写しの交付」にチェックしてください。
- (4) 「請求に係る診療情報の内容」は、下記を参考に記載してください。

#### 【記載例】

- ・ 受診期間が分かっている場合

〇〇〇〇（患者様のお名前）が令和〇〇年〇月〇〇日から令和〇〇年〇月〇〇日まで〇〇科に受診した際の外来診療録について開示請求します。

- ・ 受診期間が分からない場合

〇〇〇〇（患者様のお名前）が〇〇科に受診した際の外来診療録の一切について開示請求します。

### 2 診療録等開示請求書と一緒に提出していただく書類（申請者の確認のため） 運転免許証又は健康保険証の写し

### 3 開示料金

診療録等複写費用 (A3 版以下の用紙)	片面複写 1枚	11円
	両面複写 1枚	22円
レントゲン等の画像複写費用 (CD-R 入力)	1枚	2,200円
郵送の場合	実費	

### 4 費用の振込先

北陸銀行 釧路支店 普通預金 2537010

釧路市病院事業 釧路市長 <sup>えび</sup> <sup>な</sup> <sup>ひろ</sup> <sup>や</sup>  
蝦 名 大 也

### 5 個人情報の保護に関する法律施行条例第8条により、開示請求状況を総合政策部市民協働推進課に報告をしております。

### 6 問合せ先等

#### 【担当者】

【送り先】〒085-0822 釧路市春湖台1番12号

市立釧路総合病院 事務部 医事課 診療情報管理担当

☎ 0154-41-6121（内線1361・1362）

## 診療録等開示請求書

年 月 日

市立釧路総合病院 宛

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(印)

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条第1項の規定に基づき、次のとおり請求いたします。

請求内容の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付
請求に係る診療情報の内容	
代理請求の場合における本人の住所・氏名・生年月日	患者住所 患者氏名 生年月日
患者本人との関係	(1)続柄 本人・(     ) (2) 法定代理人 (3) 任意代理人
下記については、記入する必要はありません	
申請者本人欄	(1)運転免許証      (2)健康保険者証      (3)マイナンバーカード (4)その他 (                      )
申請者資格欄	
受理年月日	年            月            日
備考	
担当課	医事課      診療情報管理担当      電話 内線 1 3 6 1 ・ 1 3 6 2

- 注) 1 太線内のみ各欄に必要な事項を記入してください。  
 2 代理人の場合は代理権を有することを証する書類を添付してください。  
 3 個人情報の保護に関する法律施行条例第8条により、開示請求状況を総合政策部市民協働推進課に報告しております。