

診療記録開示（カルテ開示）手数料のご案内

2023 年 2 月 1 日

当院では診療記録開示に際し、下記の手数料を頂いております。

表示価格は消費税を含めた価格となります。

| 1. 開示請求手数料（申請 1 件毎にかかる費用） | | | |
|---------------------------|----------|--------------------|---------|
| 基本料金 | 申請 1 件毎に | 1,500 円（税込 1650 円） | 診療録開示のみ |

| 2. 開示実施手数料（開示対象となる記録の量に応じてかかる費用） | | | |
|----------------------------------|------------|-------------------|--------------|
| 診療記録複写の交付 | 用紙 1 枚毎に | 10 円（税込 11 円） | |
| 診療記録複写の閲覧 | 用紙 1 枚毎に | 10 円（税込 11 円） | 閲覧時間は最長 60 分 |
| 画像記録複写の交付 | ディスク 1 枚毎に | 1000 円（税込 1100 円） | CD-R にて提供 |

| 3. その他手数料（必要に応じてかかる費用） | | | |
|------------------------|--------|--------------------|--------------|
| 説明文書の交付 | 1 通 | 6,000 円（税込 6600 円） | |
| 医師からの口頭説明 | 30 分毎に | 5,000 円（税込 5500 円） | 説明時間は最長 60 分 |

医療法人博愛会松倉病院（社団）
TEL：0742-26-6941（代

カルテ開示申請書

西暦 年 月 日

1. 申請者

氏名： _____ 印（自筆の場合省略可）
 住所： _____
 電話： _____（連絡可能な時間帯）

2. 開示を希望される記録種類と方法

| | | | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 氏名： | 生年月日 年 月 日 | ID |
| | 対象者と異なる場合 | 対象者との関係 | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子（具体的に _____） <input type="checkbox"/> その他（法定代理人・弁護士 _____） |
| | | <input type="checkbox"/> 故人 | <input type="checkbox"/> 一親等以内である |
| | | <input type="checkbox"/> 生存者 | <input type="checkbox"/> 15歳以下 <input type="checkbox"/> 意思能力がない <input type="checkbox"/> 同意書または委任状あり |
| 対象記録 | 期間 | 西暦 年 月 日～ 年 月 日（頃） | |
| | 記録種類 | <input type="checkbox"/> 医療記録 *指定がある場合→ | <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他職種（ _____） |
| | | <input type="checkbox"/> 看護経過表 | 入院中のみです |
| | | <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 画像検査データ <input type="checkbox"/> 画像レポート | <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 指定あり（ _____） <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 指定あり（ _____） <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 指定あり（ _____） |
| | | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 診断書・証明書控え <input type="checkbox"/> 他院への紹介状控え <input type="checkbox"/> （ _____） |
| 開示方法 | <input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> 閲覧し必要箇所を複写 <input type="checkbox"/> 全複写のうえ閲覧 <input type="checkbox"/> 複写のみ | 希望の日時があればお書きください ※複写は手数料込で出力1枚ごとに10円、画像データの出力はCD1枚につき1000円を申し受けます。 | |

3. 必要書類

(1)申請者の本人確認

A：以下のいずれか1点

運転免許証 パスポート 公的機関発行の写真つき証明書（ _____）

Aがない場合：B2点またはBC各1点

B 健康保険被保険者証 年金証書 障害者手帳 印鑑証明書

C 写真つき身分証明書（社員証、学生証など）

(2)開示対象者が申請者以外の場合は(1)に加え、下記のご関係がわかる書類1点をご用意ください

戸籍抄本 住民票 登記事項証明書 家庭裁判所の証明書 その他（ _____）

*入院中や通院治療中の方で、病状等についてお知りになりたい場合は、診察時医師にご確認ください。

| | |
|---------|---------|
| 院長 | 主治医 |
| 印 日付 | 印 日付 |

受付者： _____（部門 _____）