

委任状（開示申請書）

平成 年 月 日

医療法人社団輝恭会いしい脳神経外科・内科クリニック理事長殿

私は、下記の通り、診療記録等の開示を、当書類にて同意の上申請します。

【委任者】

患者氏名（自署）

診察券番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

住 所

電話番号

受療者名 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

の貴院でも診療に係る診断書等の文書の請求、受領および面談を下記に委任いたします。併せて係る診療情報を受任者へ開示することに同意します。

請求、受領を委任する文書資料面談の内容

- () ①診療録及び検査
- () ②レントゲン写真
- () ③CT画像
- () ④診断書
- () ⑤介護保険医師意見書
- () ⑥診療報酬明細書
- () ⑦その他 具体的に

[]

診療期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日迄

受 任 者 欄

【受任者】

氏 名 (続柄または所属)

住 所

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号

(注) 本書の有効期限は発行日より3か月以内とする。

受 付 欄

区分 患者本人・患者家族・患者代理人

本人確認 写真付身分証明書+公的身分証明書2点確認
代理人(家族含む)確認 本人確認に併せて、続柄確認+同意書
未確認・確認済み 受付者サイン自署

開示料金 診療録A4/1枚につき60円
すでに作成済みの書類A4/1枚につき60円
レントゲン等画像 CDR540円/枚
診療報酬明細書3240円/月
開示の為に新たに書類作成を行った場合は、正規料金が発生いたします。
開示された書類に対する医師(担当医)の説明~30分以内3240円以降
30分超ごと3240円加算。