

診療記録開示 郵送申込フロー

① 診療提供請求書と必要書類をダウンロード・印刷し、記入してください。



必要書類のご準備をお願いします。

② 【宛先】
〒020-8505
岩手県盛岡市内丸19-1 内丸メディカルセンター
診療情報管理室 カルテ開示担当へ
郵送してください。



診療記録開示にかかる費用
の請求書を郵送いたします。

③ 指定の口座へお振り込みをお願いします。



入金の確認ができ次第、
診療記録を郵送します。

④ 診療記録が届きます。お受け取りください。

ご請求からお渡しまで 2 週間～ 3 週間
(日曜、祝日除き) お時間をいただきます。

診療情報提供請求書

年 月 日

岩手医科大学附属病院長 様
岩手医科大学附属内丸メディカルセンター長 様

1. 請求者（患者本人）・患者情報

診察券番号 _____

住所 _____

(ふりがな)

氏名 _____ 印 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

※患者本人以外の方が請求する場合でも患者情報を記入すること

2. 請求者（親族・法定代理人等）

住所 _____

(ふりがな)

氏名 _____ 印 _____

生年月日 _____ 年 月 日

患者との関係 _____

電話番号 _____

3. 請求者（その他・法律事務所等）

住所 _____

(ふりがな)

氏名 _____ 印 _____

生年月日 _____ 年 月 日

患者との関係 _____

電話番号 _____

(1～3 自署の場合印は不要)

患者 _____ に関わる診療記録の提供を下記により請求致します。
尚、提供にかかる費用については請求者が負担します。

記

* 提供の対象期間 _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

* 提供の対象記録 ☐診療録 ☐検査記録 ☐画像記録 ☐看護記録

☐その他 (_____)

* 提供の対象診療科 _____

注1、 請求者本人であることを確認できる書類（運転免許証等）を提出願います。
注2、 「2. 親族・法定代理人等(ご遺族の場合、配偶者・子・父母・兄弟姉妹等)」が請求する場合は、「注1」の他にその関係を確認できる書類（戸籍謄本等の原本）を提出願います。
注3、 「3. その他・法律事務所等」が請求する場合は、「患者本人」または「親族・法定代理人等」と連名で請求する取扱いとなります。各々の請求者欄にご記入およびご捺印の上、「患者本人」または「親族・法定代理人等」の同意書および弁護士等の「注1」の書類を提出願います。

診療情報の提供に関する同意書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参した

(法人名) _____

(代理人名) _____

⑨

(患者本人との続柄) _____

に対して

(自署の場合印は不要)

私に関する受診歴の有無を照会すること、および受診歴がある場合には、診察または治療した医師が傷病内容（病名・症状・治療内容・検査結果・入通院歴・既往症病歴など）に関して説明し、その証明書（診断書等）の発行、診療録等の開示・提供することに同意します。

なお、同意した代理人を介し情報漏洩など不測の事態が生じた場合の責任は、私本人と代理人が負うことを承知いたします。

年 月 日

岩手医科大学附属病院長 殿

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター長 殿

患者本人 住 所 _____

氏 名(自署) _____

生年月日 年 月 日生 _____

診療情報の提供に関する手数料（消費税込）

開示費用（手数料） 3, 300 円／1 請求

開示費用（複写料金）

紙カルテ

種 別	媒 体	費 用
診療録、その他の診療記録	A 4（片側、白黒）	1 1 円／1 枚
診療録、その他の診療記録	A 4（片側、カラー）	5 5 円／1 枚

電子カルテ

種 別	媒 体	費 用
診療録、その他の診療記録	A 4（片側、白黒）	1 1 円／1 枚
診療録、その他の診療記録	A 4（片側、カラー）	5 5 円／1 枚
診療録、その他の診療記録	C D－R	3, 300 円／1 枚

その他

種 別	媒 体	費 用
画像（C T等）	C D－R	3, 300 円／1 枚
口頭による説明		1 1, 000 円／30 分（1 診療科）
閲覧（第 3 者の説明不可）		開示費用（手数料）に含む（最長 2 時間以内）
要約書・医療照会書	A 4	8, 800 円／1 通
診療記録保管期限終了処分証明書	A 4	1, 100 円／1 件
送料（郵送希望の場合）		実費

＊診療記録は、原則手数料の納入後に交付します。

身分証明書等

診療情報の提供に関する請求には、プライバシーの保護のため身分を証明する書類を必要とする。請求者が2名の場合は、それぞれ身分を証明する書類を必要とする。

1. 請求者本人確認

1 つで良いもの		
<ul style="list-style-type: none"> ・運転免許証 ・旅券(パスポート) ・運転経歴証明書 ・特別永住者証明書 	<ul style="list-style-type: none"> ・療育手帳 ・身体障害者手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 ・外国人登録証明書 	<ul style="list-style-type: none"> ・写真付住民基本台帳カード ・官公庁や特殊法人等が発行した写真付身分証明書等

2 つ必要なもの		
<ul style="list-style-type: none"> ・健康保険証 ・年金手帳(証書) ・介護保険被保険者証 	<ul style="list-style-type: none"> ・写真なし住民基本台帳カード ・キャッシュカード、クレジットカード、母子手帳 	<ul style="list-style-type: none"> ・会社の身分証明書 ・学生証 ・公の機関が発行した資格証明書

2. 請求者が患者本人以外の場合

<ul style="list-style-type: none"> ・戸籍謄本 ・住民票 ・家庭裁判所の証明書 ・その他、代理人関係を確認し得る書類
