

# 個人情報に関する開示同意書

(様式2)

北水会記念病院 病院長 殿

年 月 日

以下の者（請求者）に対して、貴院が保有する私に関する診療記録等の個人情報を、定めに基づき開示することに同意します。

(患者) 氏 名 印

生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日生

住 所

連絡先電話番号

診 察 券 番 号

(代理人) 氏 名 印

本人との関係

生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日生

住 所

連絡先電話番号

提供する理由（該当に✓）

- 民間保険会社からの照会
- 患者や利用者の職場からの照会
- 患者や利用者の所属する学校等からの照会
- その他（ ）

開示にかかる費用

区分	料金（税込）	備考
開示手数料	3,300円	1申請につき
閲覧のみ	6,600円	30分程度まで
各種診療記録	33円	A4白黒1枚につき
画像検査	3,300円	データメディア1枚につき