

診断書等についての規定

- 1、診断書作成が必要な場合は、事前にメールにてご連絡ください。
- 2、2週間ほどお時間を頂戴いたします。
- 3、金額は下記表となり、事前振り込みとなります。
- 4、レターパックで送付させていただきます。
- 5、受診日以外での院内でのお渡しは行なっておりません。

診断書	5,500円/1枚
資料作成（簡単）	5,500円/1枚
資料作成（複雑）	11,000円/1枚
送付費用（レターパック）	550円/1通

レントゲンのデータ出力等についての規定

- 1、レントゲン・写真データが必要な場合は、資料②を印刷の上、メール添付の上、ご送信ください。
- 2、2週間ほどお時間を頂戴いたします。
- 3、金額は下記表①～③の合計となり、事前振り込みとなります。
- 4、データの入ったメディアは院内にて手渡しとなります。

①基本手数料	3,300円/件
②メディア費用	1,100円/1メディアにつき
③データ出力費用	
写真印刷費用	110円/1枚
写真データ出力代金	110円/1枚
レントゲンデータ出力代金	2,200円/1枚につき
CTデータ出力代金	5,500円

カルテ開示についての規定

当院では、「診療情報の提供等に関する指針」に基づき、患者さんからの申し出により診療情報の開示をしております。診療情報を積極的に提供することにより、医療従事者と患者さんとのより良い信頼関係を構築することを目的としています。

開示する範囲

カルテ（診療録）

画像データ（X線、CT、写真）

画像等所見、各検査結果

※他の医療機関で作成された文書は開示の対象外です。

※法定保存年限を超えたものについては、破棄済みで存在しないものがあります。

「手続きの流れ」

1. 開示のご相談・申請は、資料①を印刷の上、メールに添付し送信ください。
2. 当院が申込書を受理した日から約2週間程度で完成のご連絡をさせていただきます。
※紙カルテ取り寄せ等、特別な理由がある場合には準備期間を延長させていただくことがあります。
3. ご連絡後、開示資料の引き渡しを行いますので、Webからご予約をお願いいたします。その際、申込書の写しをご持参下さい。
4. 開示申請をされる方は当院所定の申込書をご記入の上、必要書類を提出していただきます。開示資料の引き渡し時に確認させていただく申込書の写しをお渡しします。

※完成のご連絡から2ヶ月経過してもご来院頂けない場合は、破棄させて頂きますのでご了承ください。

開示請求に必要なもの

原則として患者さん本人に限ります。ただし、やむをえない事由により本人が申請できない場合は代理人による申請が可能です。

患者本人	<ul style="list-style-type: none">・ 申込書・ 患者本人の身分証明書
患者家族	<ul style="list-style-type: none">・ 申込書・ 請求者の身分証明書・ 委任状
法律事務所、保険会社など	<ul style="list-style-type: none">・ 申込書・ 請求者の身分証明書・ 委任状・ 該当職員であることを証明するもの（社員証など）

身分証明書は以下の（ア）または（イ）のものをお持ち下さい。

（ア）次のうちいずれか1点

運転免許証、旅券（パスポート）、マイナンバーカードなど
公的機関が発行する顔写真付き・氏名・生年月日印字のもの

（イ）次のうちいずれか2点

A 健康保険証、医療受給者証、年金手帳、住民票、戸籍謄本

B 次のうち顔写真が貼ってあるもの

会社の身分証明書（名刺不可）、学生証、公的機関が発行した資格証明書

「開示請求をお断りする場合」

- 第三者の利益を害する恐れがあるとき
- 患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき
- 診療情報の開示を不相当とする相当な事由が存在するとき

「開示費用」

診療記録の開示請求手数料等の納付方法は医院が指定した銀行口座への振込により基本手数料を納付いただきます。複写代等はご来院閲覧時に精算となります。

複写代金等は「レントゲンのデータ出力等についての規定」に準じます。

基本手数料	5,500円/件	前払いとなります。 キャンセルの場合も基本手数料は徴収致します。
カルテ閲覧料	基本手数料に含む	①担当職員1名が同席させていただきます。 ②閲覧時間は、1回1時間以内とさせていただきます。 ③閲覧時は、診療内容等に関する質問にはお答えできません。
歯科医師による説明	5,500円/30分	
診療録複写料	20円/枚（A4・白黒） 50円/枚（A4・カラー）	

診療記録等 閲覧申込書

年 月 日

下記のとおり診療記録等の開示を請求いたします。

開示請求の対象患者

氏名 _____ :

生年月日 _____ :

住所 _____ :

電話番号 _____ :

請求者（患者と異なる場合）

氏名 _____ :

住所 _____ :

電話番号 _____ :

患者との関係 _____ :

内容

診療記録

画像検査(CT、MRI、レントゲン)

写真

検査結果(検体検査 細菌検査 生理機能検査 病理組織検査報告書)

歯科医師同席による説明の希望の有無 (有 ・ 無)

画像等 謄写申込書

年 月 日

下記のとおり画像等の謄写を請求いたします。

画像等の謄写の対象患者

氏名 _____ :

生年月日 _____ :

住所 _____ :

電話番号 _____ :

請求者（患者と異なる場合）

氏名 _____ :

住所 _____ :

電話番号 _____ :

患者との関係 _____ :

内容

画像検査(CT、MRI、レントゲン)

(年 月 日 枚 内容)

写真

(年 月 日 枚 内容)

検査結果(検体検査 細菌検査 生理機能検査 病理組織検査報告書)