

診療情報 再発行申込書

医療法人 仁泉会 MI クリニック 院長 殿

以下の診療情報に関し、データの再発行を申し込みます。

※は記載必須！

MI 担当者

申込年月日(※)	年 月 日	来院予定日	
MI ID			
受診者氏名(※)	フリガナ 様	生年月日(※)	年 月 日

MI クリニック 検査施行日(※)	
検査種別	
必要な診療情報(※)	☐ 画像情報(DVD) ☐ 画像診断報告書(紙面) ☐ 両方 ※画像情報は DVD のみとなります(フィルム不可)
再発行 手数料	DVD 1 枚 : ¥ 1,500 (税抜) 報告書 1 枚 : ¥ 50 (税抜)
合計金額(税 10%)	¥ (税込)

申請者(※)	医療機関名	
	医師名	

受け渡し方法(※)	☐ MI クリニックにて手渡し ☐ 申請元に送付
-----------	--

※郵送の場合は、郵送料を含めた料金の請求書を同封させていただきます。予めご了承ください。

受取サイン (手渡し時のみ)	
----------------	--

MI クリニック 担当 : 医療情報システム課
〒560-0004 大阪府豊中市少路 1 丁目 12-13
TEL:06-6840-0100 FAX:06-6840-0808