

診療記録の開示を申し込まれる方へ

診療記録の開示を申請される方は、この用紙をご覧ください、必要書類等をご持参のうえ、1階医事課窓口にて手続きを行ってください。申請日から概ね2週間のお時間をいただき、申請の結果を御連絡いたします。なお、当院所定の費用が発生しますので、予め御了承ください。

1. 開示申請が出来る方

原則として患者様ご本人に限りませんが、下記の場合は第三者が開示を申請できます。

- ①患者様ご本人から文書（委任状）にて開示に関する委任を受けた方。
- ②患者様ご本人が未成年の場合、法定代理人（親権者、未成年後見人）。
- ③患者様ご本人の判断能力が欠如している場合、配偶者、実質的に患者様をお世話している親族や縁故者、及びこれに準ずる方。
- ④患者様ご本人が死亡された場合、法定相続人。

2. 開示申請者の本人確認書類

診療記録開示は個人情報保護や診療上の問題に係る取り扱いですので、申請者の身分確認を厳格に行っております。そのため、開示申請時と実施時には下記の身分証明を確認させていただきますので、必ずご持参ください。

下記の証明書をお持ちの方は、いずれか1点。

- ・運転免許証 ・パスポート ・船員手帳 ・身体障害者手帳
- ・顔写真付の身分証明書（官公庁、その他公益団体の発行したもの）

上記をお持ちでない方は、下記いずれか2点。

- ・健康保険証 ・勤務先の身分証明書 ・学生証 ・厚生年金保険年金証書（手帳）
- ・開示申請書に捺印した印の印鑑登録証明書

開示申請者がご本人以外の場合は、請求者ご本人の身分確認（上記証明書）に加え、下記書類が別途必要になります。

- ・患者様ご本人から開示に関する委任を受けた方： 委任状の原本。
- ・親権者、配偶者など親族の場合： 戸籍謄本（抄本）または住民票。
- ・（未）成年後見人の場合： 登記事項証明書。
- ・上記以外の場合： 代理人関係を確認し得る書類。

申請書の記載に漏れや間違いが認められた場合や、申請資格のない第三者の申請であった場合、または申請者ご本人と確認できない方に対しては開示ができません。また、全てのご希望にはお応え出来ないことがありますので、ご了承ください。

3. 開示方法と費用（税込）

- ①閲覧 基本料金：5,500円/件（1時間）
- ②複写交付 基本料金：2,200円/件、用紙20円/枚、CD-ROM 550円/枚

診療記録開示申請書

年 月 日

医療法人社団東山会 調布東山病院院長殿

下記のとおり、診療記録の開示を申請します。

患者名 氏名： _____ (ID： _____)
 生年月日： _____ 年 月 日
 住所： _____
 電話番号： _____ - _____ - _____

申請者 氏名(自署)： _____ (印)
 患者との関係：本人・法定代理人・配偶者・親族・弁護士・他(_____)
 住所(本人の場合記載不要)： _____
 電話番号(本人の場合記載不要)： _____

※平日の日中に連絡が取れる電話番号を記載してください。

開示を希望する記録	対象期間、部位など	開示方法
<input type="checkbox"/> 全ての診療記録		複写・閲覧

※「全ての診療記録」とは、下記1～5を含む、診療に関する全記録となります。

※記録の種類を限定して開示を希望される場合は、下記の該当項目を選択してください。

開示を希望する記録	対象期間、部位など	開示方法
<input type="checkbox"/> 1. 医師記録		複写・閲覧
<input type="checkbox"/> 2. 看護記録		複写・閲覧
<input type="checkbox"/> 3. 検査記録		複写・閲覧
<input type="checkbox"/> 4. 画像記録(放射線、MRI)		複写・閲覧
<input type="checkbox"/> 5. 手術・麻酔記録		複写・閲覧
<input type="checkbox"/> 6. その他(_____)		複写・閲覧

備考	
----	--

院長	主治医	看護部長	経営 本部長	診療情報 管理課	受付
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
可否	可否	可否	可否	—	—