

診療記録の開示請求書

総合病院国保旭中央病院 病院長殿

年 月 日

私は、貴院が保有する次の個人情報の開示を請求します。

1. 患者に関して

(ふりがな)

氏名： _____

ID番号： _____

生年月日： _____

年

月

日生

2. 開示を求める診療記録の範囲

(1) 診療科	<input type="checkbox"/> 全科	<input type="checkbox"/> 科指定 (_____)
(2) 開示請求期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
(3) 入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
(4) 診療記録等の種類	<input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 画像検査 ・ 全て ・ X線 ・ CT ・ MRI ・ その他 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

※診療記録等については、電子媒体(CD-R・DVD-R)での提供となります。

3. 求める開示の方法

① 写しの交付

② 閲覧

③ 医師面談

※受付後にキャンセルされた場合においても、写しの作成にかかった費用を請求させていただきます。

同意する

4. 請求者に関して

患者本人

法定代理人

任意代理人

その他 (_____)

(ふりがな)

氏名(自署) _____

生年月日 _____

年

月

日生

住所 _____

電話番号 _____

確かに診療記録の謄写を受け取りました

年

月

日

署名 _____

続柄 _____

(説明)

1 「氏名」、「住所」、「ID番号」、「生年月日」

本人の氏名（旧姓も可）及び住所、ID番号、生年月日を記載してください。ここに記載された氏名及び住所は必要に応じて開示関連の通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、法定代理人又は任意代理人（以下「代理人」という。）による開示請求の場合には、請求者の氏名、住所及び生年月日、電話番号を記載してください。

2 「求める開示の方法等」

- ① 写しの交付：診療記録の写しは電子媒体にて交付します。受付後のキャンセルにおいても、既に印刷した費用は請求させていただきます。
- ② 閲覧：100頁毎に費用をご負担いただきます。事前の申込をお願いします。
- ③ 医師面談：医師の説明を希望される場合は面談料として1時間当たりの費用をご負担いただきます。事前の申込をお願いします。

3 本人確認書類等

(1) 来所による開示請求の場合

来所して開示請求をする場合、本人確認のため、運転免許証、健康保険の被保険者資格証、マイナンバーカード、在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書等の住所・氏名が記載されている書類を提示してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、これらの本人確認書類の提示又は提出ができない場合は、文書窓口事前に相談してください。

(2) 送付による開示請求の場合

診療記録の請求書を送付して診療記録の開示請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものを提出してください。マイナンバーカードは、表面のみ複写し、提出してください。

(3) 代理人による開示請求の場合

代理人のうち、法定代理人が開示請求をする場合には、戸籍謄本、戸籍抄本、成年後見登記の登記事項証明書、その他法定代理人であることを証明する書類を提出してください。（ただし、開示請求前3ヶ月以内に作成されたものに限り。）なお、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類は、市町村等が発行する公文書であり、その複写物による提出は認められません。

代理人のうち、任意代理人が開示請求をする場合には、委任状、委任者の運転免許証又はマイナンバーカード等の複写物、受任者の資格証又は身分を証明する書類を併せて提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。

4 手数料の納付について

詳しくは文書窓口にお訊ねください。