

診療記録等開示申出書

令和 年 月 日

あいち小児保健医療総合センター長殿

氏 名

申出者 住 所

電話番号

下記のとおり申し出ます。

1 申出に関する診療記録等の内容 (○で囲む)	(1) 診療録全て (2) 診療録全て (画像除く) (3) 一部 [診療録・手術記録・麻酔記録・検査記録・検査結果報告書 エックス線等の写真・看護記録・処方内容 退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約 その他 ()]	
	対象期間 (年 月 日～ 年 月 日)	
2 開示の区分 (○で囲む)	(1) 閲 覧 (2) 写しの交付	
3 患者の氏名等 (患者本人が申出者の時は記載不要)	患者氏名	(フリガナ)
	患者の住所 電話番号	(- -)
	患者の状況 (○で囲む)	(1) 成年被後見人 (2) 未成年者 (満 15 歳以上) (3) 未成年者 (満 15 歳未満) (4) その他 ()
4 患者との続柄		
5 備 考	<input type="checkbox"/> 郵送希望 (送付先:)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
* 事務局 処理欄	申出者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅 券 (3) 個人番号カード (4) その他 ()
	申出者資格確認欄	(1) 戸籍謄本・抄本 (2) 後見登記事項証明書 (3) その他 ()
	その他	

*欄は、記入しないでください。

※裏面の注意事項をお読みください。

注意事項

- 1 「申出に関する診療記録等の内容」欄は、開示の申出をしようとする診療記録等が特定できるように具体的に記入してください。
- 2 患者本人による申出の場合は、本人であることを証明する書類を提示してください。
- 3 法定代理人による申出の場合は、申出者本人であること、患者が未成年者又は成年後見人であること及びその法定代理人であることを証明する書類を提示してください。
また、患者が15歳以上の場合は診療記録等開示同意書（様式2）を添付してください。
ただし、患者が合理的判断ができない状態にあると認められる時を除きます。
- 4 実質的に患者のケアを行っている親族又はそれに準ずる者による申出の場合は、申出者本人であることを証明する書類を提示してください。
また、患者が15歳以上の場合は診療記録等開示同意書（様式2）を添付してください。
ただし、患者が合理的判断ができない状態にあると認められる時を除きます。
- 5 遺族（原則として配偶者及び父母、祖父母とする。）による申出の場合は、申出者本人であること及び患者の遺族であることを証明する書類を提示してください。
- 6 患者本人の代理権を得た任意代理人による申出の場合は、申出者本人であることを証明する書類と、患者本人（患者が死亡している場合は、配偶者及び父母、祖父母の方）の委任状（様式6）その他その資格を証明する書類を添付してください。
- 7 複数の連絡先があれば備考欄に記入してください。
- 8 他の機関が作成し、当センターが取得した文書等については、作成者の許可がなければ開示できません。開示が必要な場合は、お申し出ください。（お申し出がない場合や、許可が得られない場合は非開示とさせていただきます。）
- 9 希望される方は、主治医等が口頭又は文書により補足説明を行います。
- 10 閲覧は無料です。写しの交付は、個人情報保護に関する法律施行条例（令和4年愛知県条例第51号）の費用徴収規定に準じ費用を徴収します。