

診療記録等の開示申込書

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 院長 様

1 診療記録等の開示を希望する患者

診 察 券 番 号	000- <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
ふ り が な	
患 者 氏 名	
住 所	〒 _____
生 年 月 日	明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 開示を希望する記録 (※平成 20 (西暦 2008) 年 12 月 31 以前のカルテは現存しておりません)

診 療 記 録	どちらかを○で囲んで下さい。 診療記録の 全て ・ 一部 「一部」の場合は、診察日(診療期間)、各種帳票類等を具体的に記載して下さい。 (〇〇の疾患に関するもの～、最も古い時から～〇年分等、要望によっては対応できないものがあります。対応が困難なものは変更をお願いすることがございます。) 上段で「全て」を選択し、現存する全ての記録を希望する場合は記載不要です。
X 線 写 真 等	どちらかを○で囲んで下さい。 必要 ・ 不要

※ 各種帳票類は申請者及び院長が日付、帳票の種別等を特定でき、且つひとつの帳票類に限ります。

3 支払・受取方法

支 払 方 法	どちらかを○で囲んで下さい。 銀行振込 ・ 現金
受 取 方 法	どちらかを○で囲んで下さい。 病院にて受取 ・ 郵送

※ 診療記録は入金確認後のお渡し・郵送となります。
 ※ 郵送先は申請者の住所以外に限ります。
 ※ 銀行振込手数料及び郵送費用は申請者のご負担となります。

4 申請者

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。
 申請にあたり、6 請求に必要な書類等 を合わせて提出します。

		申込日	年	月	日
氏 名		患者との関係			
住 所	〒 _____				
電 話	日中連絡の取れる電話番号を記載して下さい。				

(当院使用欄) 項目 8 に該当か非該当かを確認後、院内へ稟議を諮ります。該当欄に押印をお願いします。

【医師】担当医若しくは所属長

非該当 (開示可)	該当 (開示不可)

【病棟看護師長】

非該当 (開示可)	該当 (開示不可)

5 開示請求が可能な者（申請者）

・患者本人を原則とする。本人が請求できない場合、その他下記の者が請求可能である。

患者の法定代理人、患者の任意後見人又は成年後見人、患者より代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者、現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者

※ 遺族が申請者となる場合、患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者（これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む）。

6 請求に必要な書類等

(1) 申請者：①運転免許証、パスポート、個人番号カード、住民基本台帳カード（顔写真付）など、国が発行するもので写真と生年月日が記載されているもの。

②国家資格などの免許証又は認定証など。

※ ①②以外では、健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、年金手帳、住民基本台帳カード（顔写真無）などのいずれかのうち2つ。

(2) 法定代理人による申立の場合：上記（1）及び患者又は親族との関係を証明するもの。

(3) 患者本人又は法定代理人以外の申立の場合：上記（1）及び患者本人の委任状。

※（2）（3）について、患者本人にカルテ開示を行う旨の同意が可能な程度の判断能力が認められない場合は、その証明となるものを添付すること。

7 開示料金（料金税込）

2021年7月現在

①	手数料		3,000円	1申込
②	謄写	白黒	20円	1枚
		カラー	50円	1枚
③	閲覧手数料	医師・歯科医師による口頭説明	5,000円	30分
④	レントゲン等画像写真	DVD-ROM	2,750円	1枚
⑤	送料		実費	

- ・ DVD-ROMは、画像枚数が少なくとも1枚での開示となり、画像枚数が多く1枚で収まらない場合は複数枚となります。
- ・ DVD-ROMは当院の環境で閲覧可能であることを確認しておりますが、他の環境での閲覧を保証するものではありません。受け取り後は速やかに閲覧可否をご確認いただき、閲覧不可場合はご連絡ください。DVD-ROMの不備と判断できる場合再発行等を検討致します。ただし、開示後6ヶ月を経過している場合は、対象外とさせていただきます。
- ・ 審査結果が開示不可となった場合でも費用は発生します。
- ・ カルテが現存せず開示不可の場合、費用は発生しません。
- ・ カルテ開示後は、いかなる理由においても返金は致しかねます。

8 開示請求に応じ得ない場合

① 診療情報の提供が、第三者の利益を害する恐れがあるとき

② 診療情報の提供が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき

※ 診療記録の開示の申立ての全部又は一部を拒む場合は、原則として、申請者に対して文書によりその理由を提示する。

9 開示までの期間

上記8に該当するか否かを院内で協議するため、申立て後1ヶ月程度。

10 開示資料の受け取りについて

開示資料の保存期間は、当院より開示資料の提供が可能であることを連絡した日から6ヶ月間とし、当該期間を超過した場合は当該開示資料を廃棄する。

※開示資料を当院に来院し受け取る旨を希望されながらも、上記期間を越えても受け取りの意思を示されない場合、又は請求書送付後、上記期間を越えても入金のお意思を示されない場合などがこれにあたる。

【連絡先】 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 医療安全管理課
〒453-8511 名古屋市南中村区道下町3-35
電話番号 052-481-5111（代表）