

診療記録等の開示申込書

医療安全管理課
(別紙1)

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いません)

| | | |
|----------------------|---|----------------|
| 診 療 記 録 の | 全ての開示を希望する | どちらかを○で囲んで下さい。 |
| | 一部の開示を希望する | |
| 一 部 の 場 合 そ の 内 容 | 一部の開示を希望する場合は、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。 | |

※ 診療期間で希望する場合 (記入例: 2010年の1月から2011年1月までの一年分の記録)

○○の疾患に関するもの～、最も古い時から～○年分、～科の記録のみ は対応致しかねます。

※ 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。

(記入例: 2010年の1月から2011年1月までの血液検査結果)

| | |
|-----------|-----------------------------|
| X 線 写 真 等 | どちらかを○で囲んで下さい。 必要 ・ 不要 |
|-----------|-----------------------------|

※ X線写真等の医用画像については、DVD-ROMでの開示に限ります。

3 支払・受取方法

| | |
|---------|---------------------------------|
| 支 払 方 法 | どちらかを○で囲んで下さい。 現金 ・ 銀行振込 |
| 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4.申請者に記載のある住所に限ります。

※ 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

私は裏面の案内を確認の上、上記の内容にて診療記録等の開示を希望します。

| | | | |
|-------|---|--------|--|
| 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に限り、下記の者も請求可能である。

- ① 患者の法定代理人（親権者・未成年後見人・成年後見人）
 - ② 患者の任意後見人又は患者より代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者
 - ③ 現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者
- ※ 患者が死去されている場合、患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者

6 請求時に提出が必要な身分証明に関する書類

（1）申請者の身分証明書類

：運転免許証、パスポート、マイナンバーカード（表面）、住民基本台帳カード（顔写真付）などの写し1つ（国等が発行した写真・生年月日・現住所が記載されているもの）

※ 上記以外では、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）法定代理人及び患者遺族の方の申立の場合

：上記（1）に加え、患者又は親族との関係を証明する書類

（※原則、戸籍謄本にて確認。姓の変更や除籍等で続柄が明らかでない場合は申請者の現戸籍を合せて添付すること）

（3）代理権を与えられた者の申立の場合

：上記（1）に加え、患者本人からの委任状

（※患者遺族からの委任を受けた場合は、患者遺族と患者との関係を示す書類を合せて提出すること）

（4）現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者の申立の場合

：必要書類についてご案内いたします。一度お電話にてご相談ください。

※ 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（外税）

2023年10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 | 2,500円 | 1枚 |
| ⑤ | 送料 | 着払いのみ | 実費 | |
| ⑥ | 不存在証明書発行料 | 開示書類が現存せずかつ、発行希望がある場合のみ | 1,000円 | 1申込 |

- ・ 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、閲覧不可な場合はご連絡ください。DVD-ROMの不備と判断できる場合は、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。但し、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
- ③ ①②のほか、診療情報の提供を不相当とする相当の事由が存するとき

※ 原則、診療記録の開示の申立ての全部又は一部を拒む場合は、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、概ね申立て後1ヶ月程度で開示となる。

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。

【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 名古屋市中村区道下町3-35 電話番号 052-481-5111 (代表)