

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	0	0	0						
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	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 その内容	一部の開示を希望する場合は、診療期間（診察日）、各種帳票類を具体的に記載して下さい。 （記入例：2010年1月から2011年1月までの分）	

※ ○○の疾患に関するもの～、最も古い時から～〇年分、～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。

X線写真等	必要 ・ 不要	どちらかを○で囲んで下さい。
-------	---------	----------------

※ 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。

不存在証明書発行	必要 ・ 不要	どちらかを○で囲んで下さい。
----------	---------	----------------

※ 不存在証明書は、開示書類が現存しない場合に発行致します。発行不要な場合は、4申請者に記載のある電話番号にご連絡致します。

3 支払・受取方法

支払方法	現金 ・ 銀行振込	どちらかを○で囲んで下さい。
受取方法	病院にて受取 ・ 郵送	どちらかを○で囲んで下さい。

※ 診療記録は入金確認後のお渡し・郵送となります。※ 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。
※ 郵送先は4申請者に記載のある住所に限ります。

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	〒 —		
電話番号	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

【病棟看護師長】

非該当（開示可）	該当（開示不可）

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

：マイナンバーカード（表面）、運転免許証、パスポートなどの写し1つ

（国・地方公共団体が発行した氏名、生年月日、住所、顔写真が記載されているもの）

※ 有効期限内のものに限ります。上記以外の場合は、一度お電話にてご相談ください。

（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（税込）

①	手数料		3,300 円	1 申込
②	謄写	白黒	22 円	1 枚
		カラー	55 円	1 枚
③	閲覧手数料	医師・歯科医師による口頭説明	5,500 円	30 分
④	レントゲン等画像写真	DVD-ROM	2,750 円	1 枚
⑤	送料	着払いのみ	実費	
⑥	不存在証明書等発行料	開示書類が現存せずかつ、発行希望がある場合のみ	1,100 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。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）