

## 診療記録開示請求書

令和 年 月 日

国立病院機構千葉医療センター病院長（千葉東病院） 殿

請求者氏名	
住所	
電話番号	

※自署しない場合は押印をお願いします。

以下のとおり、診療記録の開示を請求します。

## 1. 開示請求者の区分

<input type="checkbox"/> 患者本人
<input type="checkbox"/> 法定代理人
<input type="checkbox"/> 親族及びこれに準ずる者（患者本人から代理権を与えられた者）
<input type="checkbox"/> 遺族（配偶者、子、父母及びこれに準ずるもの）
<input type="checkbox"/> 弁護士・保険会社

※請求者が患者本人以外の場合には下記をご記入下さい。

患者氏名	
患者住所	
生年月日	

## 2. 開示を請求する診療記録の内容及び希望範囲（「全て」に○または期間を記載）

<input type="checkbox"/> 診療記録	全て	年	月	日	～	年	月	日
<input type="checkbox"/> エックス線写真	全て	年	月	日	～	年	月	日

## 3. 希望する交付方法

<input type="checkbox"/> 窓口における手交
<input type="checkbox"/> 郵送

## 4. 注意事項

<input type="checkbox"/> 診療記録の開示には、裏面記載の開示手数料が発生します。 <input type="checkbox"/> 開示または不開示の回答には、事務手続き等により30日程度要します。 <input type="checkbox"/> 他院から当院へ提供された診療情報提供書（紹介状）・画像等は、原則として開示対象に含まれません。 <input type="checkbox"/> エックス線写真はCD-ROM媒体による交付となります。 <input type="checkbox"/> 窓口における手交を希望する場合の対応可能時間は、平日9:00-17:00（12:00-13:00を除く）となります。 <input type="checkbox"/> 診療記録の開示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又は患者が明らかに不利益を被るときには、診療記録を開示しない場合があります。 <input type="checkbox"/> 診療記録の法定保存期間（5年間）経過後には、診療記録の廃棄により、不開示となる場合があります。 <input type="checkbox"/> 上記事由により不開示となった場合でも、開示請求手数料（300円+税）が発生いたします。 <input type="checkbox"/> 裏面記載の必要書類を提出してください。
--

## 5. 必要書類

以下の書類を提出してください。窓口で開示請求する場合は、コピーを取らせていただきます。

開示請求者の区分	必要書類
患者本人	<input type="checkbox"/> 本人確認書類*1 (写真なしのものは2種類。郵送で開示請求する場合は2種類かつ住所の記載のあるもの)
法定代理人	<input type="checkbox"/> 本人確認書類*1 (郵送で開示請求する場合は住所の記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 関係を確認できる書類*2 (例：住民票・戸籍謄本、登記事項証明書・公正証書)
親族及びこれに準ずる者	<input type="checkbox"/> 本人確認書類*1 (郵送で開示請求する場合は住所の記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 続柄の確認できる書類*2 (例：住民票・戸籍謄本) <input type="checkbox"/> 委任状(任意様式)*2*3
遺族	<input type="checkbox"/> 本人確認書類*1 (写真なしの場合は2種類) <input type="checkbox"/> 続柄の確認できる書類*2 (例：住民票・戸籍謄本) <input type="checkbox"/> 死亡の事実が確認できる書類 (例：住民票(除票)・戸籍謄本・死亡診断書) (注) 当院で死亡診断をした場合は省略可
弁護士・保険会社	<input type="checkbox"/> 資格を証明する書類(弁護士の身分を証明する書類の写し又は保険会社の社員証の写し) <input type="checkbox"/> 委任状(任意様式)*2*3

\*1 本人確認書類は以下を例とするものを提出してください(郵送の場合は写し)。

写真付きマイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書、旅券(パスポート)、身体障害者手帳

\*2 住民票及び戸籍謄本等並びに委任状は、複写物による提出は認められません。また、1か月以内に作成又は記載されたものに限りです。

\*3 患者本人の判断能力や身体能力のため委任状の作成が困難な場合は、委任状に代えて、以下の書類を添付することで、申請できます。

・患者本人の状態を確認できる書類(例：医師の診断書・障害者手帳)

(注) 当院受診継続中で、患者本人の現況が確認できる場合は省略可

### 【参考：開示手数料】

項目	種類等	金額(外税)
開示請求手数料		300円
開示実施手数料	複写料	A4(白黒)1枚毎 10円
	X線写真	CD-ROM 1,000円

※ただし、開示実施手数料は、300円に達するまで無料とし、300円を超えるときは、当該開示実施手数料から300円を減じた額とします。