

様式第1号

患者番号	0000001
氏名	岐阜 太郎
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · <input type="radio"/> 女
生年月日	昭和50年 1月 1日生

患者番号には、診察券に記載の患者IDをご記入ください。

申請者が、自身のカルテを申請する場合、同一の氏名となります。

(来院してお申込される場合)
お申込日の日付を入れますので、空白でお願いします。
(郵送でお申込される場合)
郵便が到着した日付を入れますので空白でお願いします。

診療情報(診療録等)開示請求書

年 月 日

岐阜大学医学部附属病院長 様

申請者の情報をご記入ください。
記載の住所に、診療情報等(カルテ)をお送ります。
電話番号は、日中ご連絡がつく番号をご記載ください(不明な点の確認や、出来上がりのご連絡等を行います)

住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇
(ふりがな)	ぎふ たらう
氏名	岐阜 太郎
電話番号	XXX-XXXX-XXXX

郵送でお申込される場合は、**印鑑登録証明書に登録されている印**と同じものをご利用ください。

診療に関する診療情報(診療録等)の開示に関わる料金等について同意の上、下記のとおり請求します。

開示を受けたい内容 ※	(1) 診療録 (2019年 4月 1日 ~ 2019年 10月 31日) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 []								
	(2) X線画像等 (2019年 4月 1日 ~ 2019年 10月 31日) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 [] 超音波画像を希望する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/>								
	(3) 看護記録 (年 月 日 ~ 年 月 日)								
※患者から見た申請者との関係	<input checked="" type="radio"/> 1. 本人 2. (親権者・未成年/成年被後見人の)法定代理人(続柄:) <input type="radio"/> 3. 任意代理人(続柄:) 4. 遺族(続柄:)								
法定代理人等が開示請求する場合	<table border="1"> <tr> <td>※患者の状況</td> <td>未成年者</td> <td>15歳未満</td> <td rowspan="2">同意の 有 ・ 無</td> <td rowspan="2">成年被後見人</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>15歳以上</td> </tr> </table>	※患者の状況	未成年者	15歳未満	同意の 有 ・ 無	成年被後見人			15歳以上
※患者の状況	未成年者	15歳未満	同意の 有 ・ 無	成年被後見人					
		15歳以上							
患者の住所 <small>申請者と同一の場合は、記入不要です</small>									
必要書類	1. 法定代理人 戸籍謄本(抄本) / 住民票 / その他法定代理人関係を証明する書類 2. 任意代理人 登記事項証明書 / 公正証書 / 戸籍謄本 3. 遺族 戸籍謄本(患者が亡くなったことがわかるもの/患者との間柄を示す書類)								
※希望する開示の方法	<input type="radio"/> (1) 閲覧 <input checked="" type="radio"/> (2) 写し <input type="checkbox"/> 電磁的記録を用紙に出力								

ご希望のもの((1)~(3))に○をつけてください。
・診療録には、医師が電子カルテに入力したデータや検査結果等が含まれます。ここではCT画像やMRI画像は通常含まれておりません。
・X線画像等とは、CT画像、MRI画像等です。(画像についてはCDまたはDVDでのお渡しとなります)

黄色部分の期間について、「いつからいつまでの期間」の情報が必要かをご記入ください。おおよそで構いません。

患者本人と申請者が同一の場合は記載不要です。

記載不要です(担当者使用欄)

「写し」に○を付してください。

診療録を紙で出力希望の場合はし点をつけてください。

- 注1 ※印の欄は、該当するものを○で囲んでください。
注2 請求の際には、請求者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証・健康保険の被保険者証など)を提出又は提示してください。
注3 法定代理人が請求する場合には、注2の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本など)を提出又は提示してください。
注4 患者の任意後見人、代理権者等である場合は、それを証する書面・書類(公正証書・登記事項証明書(後見登記・保佐登記・補助登記)など)とともに、患者との関係を示す書類(戸籍謄本など)を併せて提出又は提示してください。
注5 患者の相続人等であることを証する書類(戸籍謄本など)を提出又は提示してください。

次の欄は記入する必要はありません。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他
確認した記号番号等	
備考	

記載不要です(担当者使用欄)