

**診療記録等開示請求申出書**

年 月 日

東京通信病院長 殿

申出者 氏 名 印

(申出者と患者の関係： )

〒 ー

住 所

電話番号 ー ー

下記の診療記録等の開示を申し出ます。

患者氏名及びID番号	氏名 (ID ー ー )
入院・外来の別	入 院 ・ 外 来 (該当するものに○を付してください。)
診療科及び診療期間	診療科
	診療(入院)期間
開 示 を希望する 診 療 記 録 等	診療録、看護記録、検査記録、エックス線写真等 その他の記録(具体的に記載： )
患者本人の申し出 ができない理由	

(注) 1 診療記録等の開示を申し出ることができる方は、次のとおりです。

- ①患者が成人で判断能力がある場合は、患者本人、②患者に法定代理人がある場合は、法定代理人(ただし、満15歳以上の未成年者については、疾病の内容によっては本人のみの請求を認めることができる。)、③診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人、④患者本人から代理権を与えられた親族、⑤患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実には患者の世話をしている親族及びこれに準ずる縁故者、⑥患者が死亡している場合は、患者の法定相続人
- 2 退院日又は最後の外来受診日の翌日から起算して5年を経過した診療記録等は開示できません。また、次の①から③のいずれかに該当する場合は、開示を拒むことができます。開示を拒む場合は、理由を文書にて通知します。
  - ①対象となる診療情報の提供又は診療記録等の開示が、第三者の利益を害する恐れがあるとき
  - ②診療情報の提供又は診療記録等の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき
  - ③診療情報の提供又は診療記録等の開示を不相当とする相当な事由があるとき
- 3 開示の日時及び場所は、別途連絡します。
- 4 申し出に当たっては、書類(健康保険証、運転免許証等)により本人であることを確認させていただきます。また、開示時にも同様に確認させていただきます。  
なお、患者以外の者が申し出の場合は、患者の同意書及び患者と申出者との関係を証明する書類(住民票等の写し等)を添付してください。
- 5 開示に際しては別に定める料金を請求します。

病院使用欄

受理年月日	年 月 日	受付者