

# 診療録等の開示依頼書兼同意書

年 月 日

弘前大学医学部附属病院長 殿

依 頼 者 欄	氏 名	(フリガナ)	男 ・ 女	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 5.令和
			印	年 月 日生
	患者との関係	1.本人 2.(未成年者・成年被後見人の)法定代理人 3.任意代理人 4.その他		
	住 所	〒 ー 都府 郡区 町 電話番号 ( ) ー 道県 市 村		

(注1) 「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。  
(注2) 「住所」欄は、依頼者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番、アパート名等まで詳しく記入してください。

下記の注意事項に同意の上、診療録等の開示（交付）を依頼します。

### 記

患 者 欄	氏 名	(フリガナ)	男 ・ 女	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 5.令和
			印	年 月 日生
	住 所	〒 ー 都府 郡区 町 電話番号 ( ) ー 道県 市 村		
* 開 示 を 受 け た い 内 容	診療科名 ( ) *入院外来の別 (1.入院 2.外来 3.入院及び外来)			
	1. 診療録 (カルテ)	年 月 日	～	年 月 日
	2. 看護記録	年 月 日	～	年 月 日
	3. 検査記録 ( )	年 月 日	～	年 月 日
	4. X線写真 ( )	年 月 日	～	年 月 日
	5. その他 ( )	年 月 日	～	年 月 日
* 開 示 の 方 法	1. 閲覧 2. 謄写 (コピー)			
* 受 け 取 り 方 法	1. 郵送 (着払い等) 2. 窓口【受取時依頼者署名 _____】			
* 支 払 い 方 法	1. 窓口払 2. 銀行振込 3. 郵便振替 4. コンビニ払 ※任意代理人の場合は、記載不要です			

(注1) 患者欄の氏名には、受診当時の氏名を記入してください。  
(注2) \*の欄は該当する番号を○で囲んで下さい。また、期間(年 月 日)を記入ください。  
なお、閲覧による開示の希望については、開示決定の後に再び要望聴取により確認します。  
(注3) ( )には該当するものを記入してください。  
(注4) 開示手続きに必要な書類がありますので、裏面【1】及び【2】の書類を提出してください。  
(注5) 本院における審査結果や保管状況により、開示できない場合があります。  
(注6) 開示の障害になる事由がないと判断された場合は、受理日から30日以内に開示を決定します。  
受け取り方法を郵送希望する場合は、郵送料の自己負担及び配達記録が残る方法となります。  
(注7) 弘前大学医学部附属病院料金規程に基づき、診療録等複写料(電子式複写)片面1枚20円、  
CD-R 1,780円、DVD-R 1,959円を徴収します。  
(注8) 開示された内容(情報)の取扱いには十分ご注意ください。

【1】依頼者の本人確認書類を提出（写し）（※有効期間が有効なものに限る）

ア：次のうちいずれか1点（該当書類を○で囲む）

運転免許証，個人番号カード，旅券（パスポート），船員手帳，海技免許状，戦傷病者手帳，猟銃・空気銃所持許可証，宅地建物取引主任者証，電気工事士免状，認定電気工事従事者認定証，特殊電気工事資格者認定証，耐空検査員の証，航空従事者技能証明書，航空管理者技能検定合格証明書，教習資格認定証，動力車操縦者運転免許証，検定合格証（警備員等），古物行商許可証，無線従事者免許証，官公庁・公団・事業団・公庫・特殊法人等の職員の身分証明書（写真・生年月日のあるもの）

又は

イ：次のうちいずれか2点（ただし，AとA又はAとBとする。）（該当書類を○で囲む）

- A 健康保険被保険者証，船員保険被保険者証，国民健康保険被保険者証，共済組合員証，後期高齢者医療被保険者証，厚生年金保険年金証書（手帳），船員保険年金証書（手帳），国民年金年金証書（手帳），共済年金証書，恩給証書，身体障害者手帳，開示依頼書に押印した印の印鑑登録証明書(原本のみ)
- B 次のうち写真が貼ってあるもの  
会社の身分証明書，学生証，公の機関が発行した資格証明書

又は

ウ：弁護士の場合は次のものでも可

日本弁護士連合会会則第29条第2項に定める弁護士の帯用する記章（弁護士記章）及び登録番号，かつ，日本弁護士連合会又は所属弁護士会発行の身分証明書

【2】依頼者が患者本人以外の場合は，次の該当する書類も提出（原本）（該当書類を○で囲む）

1. 婚姻等で，開示依頼書提出時と診療録等の氏名が異なる場合  
戸籍謄本（抄本），その他（ ）
2. 未成年者又は成年被後見人の患者様の法定代理人：以下のうち一つ以上  
(1) 戸籍謄本（抄本） (2) 住民票 (3) 後見開始審判書 (4) 家庭裁判所の証明書  
(5) 登記事項証明書 (6) その他法定代理人関係を確認しうる書類
3. 16歳以上の未成年者の患者さん本人及びその法定代理人で同意なしの場合：理由書
4. 任意代理人：以下の二つ  
(1) 患者様本人の署名・押印のある診療録等の開示依頼についての「委任状」及び押印された印の印鑑登録証明書  
(2) 患者様本人の署名・押印のある代理人により開示依頼を行う理由を記した書面及び押印された印の印鑑登録証明書
5. 合理的判断ができない状態の成年の患者さんの親族（配偶者，後見人，あるいは患者様と生計を同じくし，あるいは同居して，中心となって療養看護に努めている親族）：以下の二つ  
(1) 親族確認の書類：戸籍謄本（抄本），その他（ ）  
(2) 患者さん本人の利益となる旨の理由書（任意様式）
6. ご遺族（配偶者，子，父母）：以下のうち一つ以上（除籍が記載されたもの）  
(1) 戸籍謄本（抄本） (2) 住民票（除票）

\* 以下は本院記載用のため，記入しないでください。

○ 開示依頼者の本人確認 【1】により  確認済

○ 開示依頼者が患者本人以外の場合に必要な書類 【2】により  確認済

○ 当該診療録等に関する確認 患者氏名： \_\_\_\_\_ ID番号： \_\_\_\_\_

受診診療科名： \_\_\_\_\_

診療期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受理年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受付整理番号： \_\_\_\_\_

確認者（署名）： \_\_\_\_\_