

診療記録等開示申請書兼同意書

院長	事務部長	医事課長	担当者

中日病院院長殿

下記の通り申し出し、料金支払いについて同意します

申請日： 年 月 日

申請者	氏名			電話番号		
	ID	-	住所			
患者との続柄	本人 ・ 法定代理人 ・ 親族（1親等の血族に限る） ・ その他（ ）					
連絡方法等	希望連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ）				
	家人等への伝言	可 ・ 不可 ・ その他（ ）				

患者の氏名等 (患者本人が 申出者の時は 記載不要)	氏名			ID	-
	住所				
	患者の状況	1. 成年者（本人の同意（有 ・ 無（理由： ））（※要同意書） 2. 成年被後見人（※要後見登記事項証明書） 3. 未成年者（満15歳以上） ・ （満15歳未満） 4. その他（ ）			

申出に関する診療記録等の内容	1. 診療記録等（診療録、看護記録、手術記録、他） 2. 放射線等の写真等（CDによる ・ フィルムによる） 3. その他（ ）	
開示の区分	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧	
開示の対象期間	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 希望あり 指定期間（ ）	
補足説明の希望	<input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 希望あり（医師・看護師・他（ ））	

料金	事務処理
開示手数料：4,400円 コピー代：1枚10円 画像CD作成料： 円 補足説明面談：30分4,400円, 15分毎2,200円加算	本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 顔写真が無い場合（ ） <small>※2種類提示 例：保険証・キャッシュカード</small> 申請資格確認 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本・抄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他

主治医等の意見

申出者が開示対象であることの確認	1. 患者本人である 2. 患者の法定代理人である 2.2 損保会社等（CD作成依頼等） 3. 実質的に患者のケアを行っている親族又はそれに準ずる者である 4. 遺族（配偶者又は一親等の血族）であり、開示することが開示の目的に合致すると認められる。
患者本人でない場合で患者の同意が得られない場合	1. 患者は合理的判断が出来ない状態にあると認められる 2. 患者は合理的判断が出来ない状態にあると認められない
開示の可否	1. 全開示が適当と思われる 2. 部分開示が適当と思われる（非開示とする部分は別紙のとおり） 3. 非開示が適当と思われる 4. 診療記録等開示検討委員会の開催を求める
部分開示とした場合の理由	1. 治療効果等への悪影響を及ぼすことが懸念される 2. 患者本人以外の第三者の権利利益を損なうおそれがある 3. 患者本人以外の申出者からの開示申し出で提供することにより当該患者の利益に反すると認められる 4. その他、部分開示が適当と認められる相当な理由がある（理由は別紙のとおり）
本開示に対する主治医としての意見は上記のとおりです	（署名又は記名捺印） 年 月 日 印

お受け取りのサイン

年 月 日