【オンラインでの申請から交付までの流れ】

オンライン申請

公的個人認証サービスを用いた「ふじのくに電子申請サービス」からの申請となります

〖注意事項〗

※ パソコンで申請の場合は、【JPKI 利用者ソフト】のインストールと IC カードリーダ、電子証明書が登録されているマイナンバーカードが必要となります

※ スマートフォンで申請の場合は、【マイナポータルアプリ】のインストールと電子証明書が登録されているマイナンバーカードが必要となります

※ 電子証明書の登録時に設定した署名用電子証明書の暗証番号(英数字 6～16 文字)が必要となります

- 電子証明書の登録をしている場合：「設定暗証番号記載票」（控えとして記入した紙）をお手元にご準備ください（5回入力を間違えるとロックがかかり暗証番号の再設定が必要となりますのでご注意ください）
- 電子証明書の登録をしていない場合：お住まいの市区町村窓口で手続きのうえ、署名用電子証明書の暗証番号を取得してください

※ ソフト/アプリのインストール方法や電子署名については外部リンク先のヘルプ、FAQ をご参照ください

1. 〖注意事項〗一読の上、ソフト/アプリのインストールとマイナンバーカードを準備してください

2. ふじのくに電子申請サービス（外部リンク）から必要事項の入力・書類を添付のうえ申請ください
   ※ ご不明な点がありましたら、【(代表)055-989-5222 (内線:2124)】までお問い合わせください

3. 以下の場合、該当の様式(様式 4～7)に記入し、必要書類を添付のうえ郵送にてご提出ください

- 15 歳未満の患者本人が申請する場合：親権者が記入した開示同意書(親権者用)(様式 5)を提出
- 生存する患者の親族が申請する場合：患者本人が記入した開示同意書(様式 4)を提出
  (患者の意思決定が困難で開示同意書が記載できない場合は医師の診断書・介護保険被保険者証・ケアプラン等患者の状況が分かる書類の 3 点のコピーをご郵送ください)
- 対面交付で同席希望がある場合：請求者が記入した同席同意書(様式 6)と同席者の身分証明書コピーを提出

4. すべての書類（郵送での提出書類含む）が揃いましたら受理通知メールを送付します
   ※ 上記に該当の場合、書類がこちらに届くまで受理となりませんので、ご注意ください

5. 受理日（書類がすべて揃った日）から 14 日以内に「診療録等開示請求回答書」にて結果を発送します

****

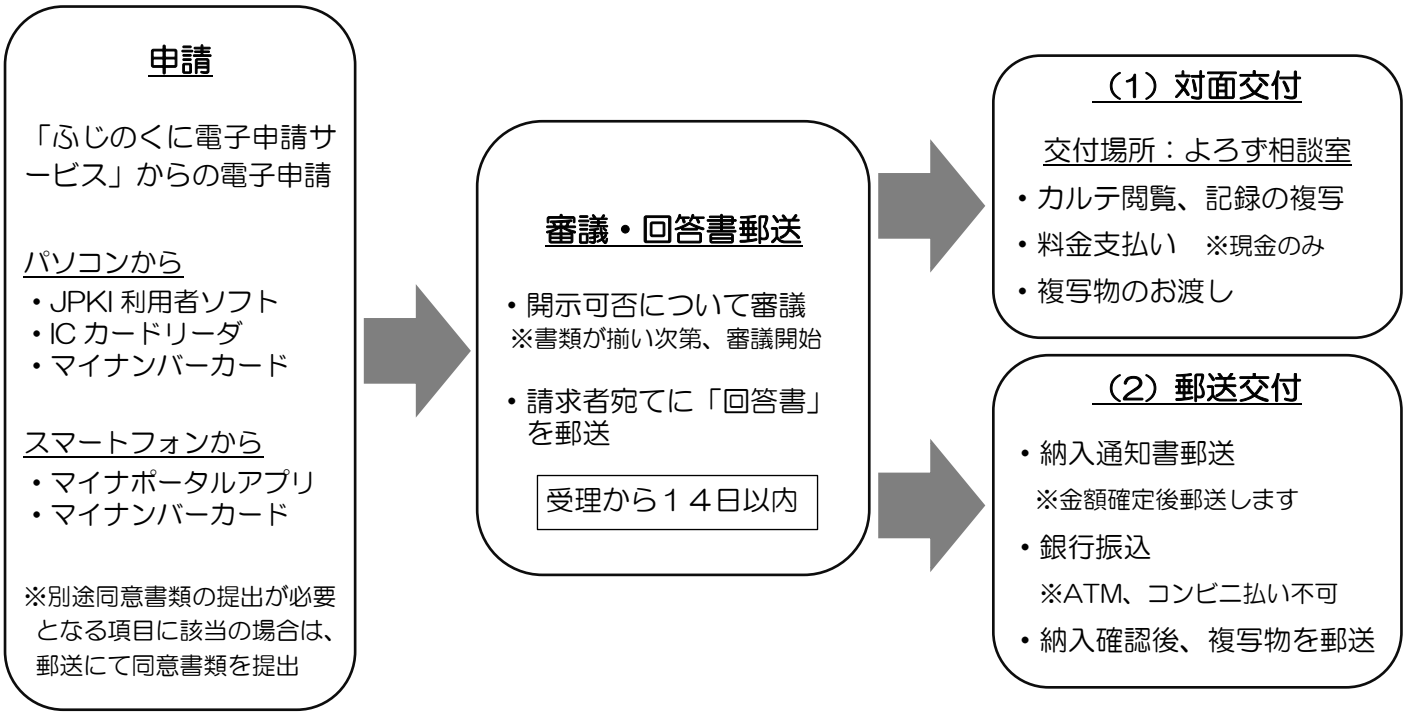
（1）対面交付の場合

1.「診療録等開示請求回答書」に記載された日時に『よろず相談窓口』にお越しください
2.　本人確認後、カルテを閲覧しながら必要な記録の複写をします
3. 開示を実施した部屋で料金を徴収させていただき、複写物をお渡しします
　※ お支払いは現金のみのため、現金をご準備のうえご来院ください

（2）郵送交付の場合

※ カルテの閲覧希望がなく、複写する記録が明確な場合に限り郵送交付での対応が可能となります

1. 開示請求書に基づき複写を行い、金額が確定次第、納入通知書を郵送します
2. お手元に納入通知書が届きましたら指定の銀行にてお支払いください
　※ ATM、郵便局、コンビニ等での支払いはできませんのでご了承ください
3. 納入が確認できましたら、申請書に記載いただいた住所へ複写物を郵送します
　※ 本人限定受取のため、申請書の住所と身分証明書の住所が異なる場合、受け取りができません



送付先

〒４１１－８７７７
静岡県駿東郡長泉町下長窪１００７番地
静岡県立静岡がんセンター　診療情報管理室
郵送申請窓口　行

開示申請に必要な書類

請求者によって必要な書類が異なりますのでご準備のうえ、申請ください

請求者		必要な書類
患者本人	15 歳以上	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書※1
	15 歳未満	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書 親権者用開示同意書（様式 5）
患者親族	患者がご存命の場合	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書 請求者の身分証明書 患者との関係が分かる書類（戸籍謄本など）※2 開示同意書（様式 4）※3
	患者が亡くなられている場合	診療録開示請求書（様式 1） 請求者の身分証明書 患者との関係が分かる書類（戸籍謄本など） 死亡の事実を確認できる書類（死亡診断書など）※4
法定代理人	15 歳未満の親権者	診療録開示請求書（様式 1） 請求者の身分証明書 患者との関係が分かる書類（戸籍謄本など）
	未成年後見人、 成年後見人 など	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書 請求者の身分証明書 登記事項証明書

※1 身分証明書：顔写真付きの公的身分証明書 1 点（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート 等）
または、いずれか2点（健康保険証／資格確認書、住民票、年金手帳、年金証書、運転経歴証明書 等）

※2 患者との関係が分かる書類：戸籍謄本、法定相続情報一覧表 等

※3 患者の意思決定が困難等の理由で、開示同意書を患者が記載できない場合は、
医師の診断書・介護保険被保険者証・ケアプラン等、患者の状況が分かる書類 3 点のコピーを提出ください

※4 患者が当院で亡くなられている場合は不要です

●戸籍謄本、住民票などは 3 ヶ月以内に発行したものの原本をご用意ください

●対面交付を希望で、開示当日に請求者のほかに同席の希望がある場合には、同席同意書（様式 6）と同席される方の身分証明書の写しを提出ください

様式４

開 示 同 意 書

西暦　　年　　月　　日

静岡県立静岡がんセンター病院長　様

（患者自署）

住　　所

氏　　名

電話番号

私は、貴院が保管している（患者氏名：　　）に関する診療録等を定めに基づき下記の者に開示（閲覧･写の交付）することに同意いたします。

記

住　所

氏　名

間　柄（私からみて）

以　上

様式４

記入例

開 示 同 意 書

西暦　２０２３年　４月　１日

静岡県立静岡がんセンター病院長　様

（患者自署）

住　　所　静岡県駿東郡長泉町下長窪１００７

氏　　名　静岡　花子

電話番号　０５５－９８９－５２２２

私は、貴院が保管している（患者氏名：　静岡　花子　　）に関する診療録等を定めに基づき下記の者に開示（閲覧･写の交付）することに同意いたします。

記

住　所　静岡県駿東郡長泉町下長窪１００７

氏　名　静岡　三郎

間　柄（私からみて）三男

以　上

様式５

開 示 同 意 書（親権者用）

西暦　　年　　月　　日

静岡県立静岡がんセンター病院長　様

（親権者自署）

住　　所

氏　　名

電話番号

私は、貴院が保管している私の子(患者氏名：　　)に関する診療録等を定めに基づき、患者本人に開示（閲覧・写の交付）することを親権者として同意いたします。

様式５

記入例

開 示 同 意 書（親権者用）

西暦　２０２３年　４月　１日

静岡県立静岡がんセンター病院長　様

（親権者自署）

住　　所　静岡県駿東郡長泉町下長窪１００７

氏　　名　静岡　二郎

電話番号　０５５－９８９－５２２２

私は、貴院が保管している私の子(患者氏名：　静岡　はじめ　　)に関する診療録等を定めに基づき、患者本人に開示（閲覧･写の交付）することを親権者として同意いたします。

様式６

同 席 同 意 書

西暦　　年　　月　　日

静岡県立静岡がんセンター病院長　様

（請求人自署）

住　　所

氏　　名

電話番号

私は、貴院が保管している（患者氏名：　　）に関する診療録等の開示（閲覧･写の交付）に際し、下記の者が同席することに同意いたします。

記

１　住　所

氏　名

間　柄（患者との関係）

２　住　所

氏　名

間　柄（患者との関係）

以　上

様式６

記入例

同 席 同 意 書

西暦　２０２３年　４月　１日

静岡県立静岡がんセンター病院長　様

（請求人自署）

住　　所　静岡県駿東郡長泉町下長窪１００７

氏　　名　静岡　一郎

電話番号　０５５－９８９－５２２２

私は、貴院が保管している（患者氏名：　静岡　太郎　　）に関する診療録等の開示（閲覧･写の交付）に際し、下記の者が同席することに同意いたします。

記

１　住　所　静岡県駿東郡長泉町下長窪１００７

氏　名　静岡　花子

間　柄（患者との関係）　長男の妻

２　住　所

氏　名

間　柄（患者との関係）

以　上