

【窓口での申請から交付までの流れ】

1. 申請に必要な書類（身分証明書など）を準備のうえ『よろず相談窓口』にお越しください
※ 弁護士事務所が作成した書類をお持ちの場合にはご持参ください
※ 患者本人以外（遺族は除く）が申請する場合には、患者が記載した「開示同意書」をご持参ください
※ 患者が 15 歳未満の場合には、親権者が記載した「開示同意書（親権者用）」をご持参ください
※ 申請を委任する場合には、委任者が記載した「委任状」をご持参ください
申請を委任した場合は配送交付を選択できず、委任者が来院しての対面交付となります
2. 「診療録等開示請求書」、「同席同意書（該当者のみ）」に記入いただき、身分証明書や戸籍謄本などの確認は原本での確認となります
※ 配送交付の場合、複写する記録の対象診療科・期間・種類を詳しくご記入ください
※ 画像データ希望の場合には申請時にご記入ください（後日、申請書に追記はできません）
3. すべての書類を事務局が受領後 14 日程度で「診療録等開示請求回答書（開示可否に関する通知文書）」を発送します

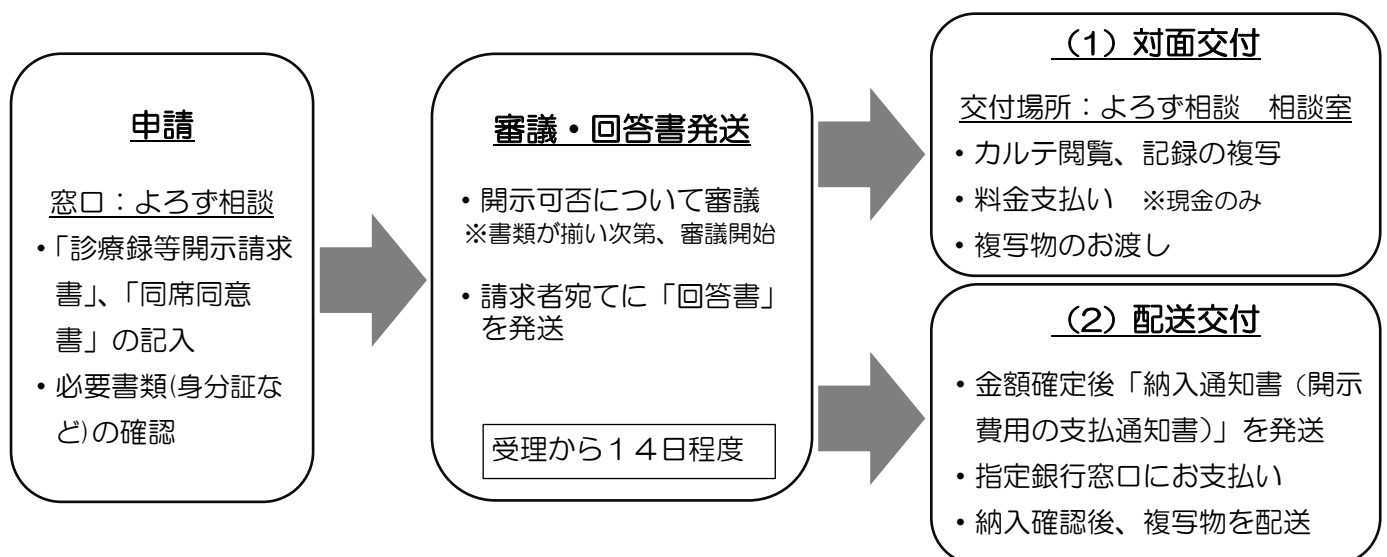
（1）対面交付の場合

1. 「診療録等開示請求回答書」が届きましたら、記載された指定日時に『よろず相談窓口』にお越しください
2. 「診療録等開示請求回答書」、「身分証明書」を確認後、カルテを閲覧しながら必要な記録の複写を行います
3. 開示を実施した部屋で複写代金と引き換えに、複写物をお渡しします（支払いは現金に限る）

（2）配送交付の場合

※ 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配送交付での対応が可能となります

1. 「診療録等開示請求書」に基づき複写を行い、金額が確定次第、「納入通知書（開示費用の支払通知書）」を発送します
 2. 「診療録等開示請求回答書」が届きましたら、同封の「納入通知書」で指定銀行窓口にてお支払いください
 3. 納入が確認できましたら、申請時に記載いただいた住所へ複写物を配送します
- ※ 本人限定受取のため、現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
- ※ 診療記録の受取がなされず返送された場合には 3 ヶ月間保管後に廃棄させていただきますが、費用の返金はできません



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）
	（申請を委任する場合）	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書※1 委任状（様式 7）※3
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
その他	患者がご存命の場合	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人および請求者の身分証明書 患者本人の戸籍謄本原本 患者との関係が証明できる書類（住民票など）※5 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 患者本人の戸籍謄本原本または家庭裁判所が発行する 特別縁故者の審判書の写し 患者との関係が証明できる書類（住民票など）※5

- ※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 等）
または、いずれか 2 点（健康保険資格確認書、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、改正原戸籍謄本、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・委任状を患者が記載できない場合は、医師の診断書等
患者の状況がわかる書類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
- ※5 患者との関係が証明できる書類：住民票、健康保険資格確認書、遺族年金証書 等

- 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
- 診療録開示請求書は、来院した際にご記入いただきます。事前に記入し持参いただいても構いません
- 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

<開示費用>

※ 配送の場合には、配送基本料金＋加算料金が必要となります

区 分	単 位	金 額		備 考
用紙出力したものに 関する費用	1 枚につき	単色刷り	11 円	用紙は、日本工業規格(JIS) A3 以下の大きさに限ります
		多色刷り	33 円	
その他の開示に際して特 別の処理を必要とする場 合における当該処理に要 する費用	1 枚につき	フィルム (半切・B4)	550 円	複数の画像をまとめて入れら れます 容量の上限により、複数枚と なる場合もあります
		CD/DVD		
		放射線・ 生理・病理	1,100 円	
		内視鏡	1,650 円	
		その他当該処理に要する費 用に相当する額		
	1 配送につき	配送会社の料金表に定めら れた費用		診療記録の配送にかかる費用 郵送(郵便局)： ・基本料金 ・加算料金 （一般書留、配達証明、 本人限定受取郵便） 飛脚特定信書便(佐川急便)： ・基本料金 ・加算料金 （受取り確認サービス）

(※ 金額は税込み表示です)

診療録等開示請求書(閲覧・写の交付)

西暦 年 月 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

フリガナ

請求人 氏 名: (生年月日: 年 月 日)
(自署) 〒 - ☐ 身分証の住所と異なる(備考欄に住所を記入)

現住所:

電話番号: - - (受任者:)

次のとおり、診療録等の開示(閲覧・写の対面交付 / 写の配送交付^{※1})を請求します。

※1: 回答書送付時に費用を納入いただきます。診療記録の受取がなされない場合には3ヶ月間保管後、廃棄させていただきます、費用の返金はできません

1 開示請求に係る患者	(1) フリガナ: (3) 診察券番号: , 不明 (2) 氏 名: (4) 生年月日: 年 月 日
2 請求人と患者との間柄	(1) 患者本人(15歳以上) (2) 患者の親族(配偶者, 子, 父母, 兄弟姉妹, 祖父母, 孫, その他()) (3) 患者の遺族(配偶者, 子, 父母, 兄弟姉妹, 祖父母, 孫, その他()) (4) 法定代理人(15歳未満の親権者) (5) 法定代理人(未成年後見人, 成年後見人) (6) その他()
(添付または持参資料) * 請求を委任される場合には委任状(様式7)の添付が必要です	(1) 患者本人の顔写真つき身分証明書 [※] (2) 開示同意書(様式4)・患者および請求人の顔写真つき身分証明書 ^{※2} ・戸籍謄本原本 * 患者の意思決定が困難な場合は、医師の診断書等患者の状況がわかる書類のコピーを以て開示同意書に代えられます (3) 請求人の顔写真つき身分証明書 ^{※2} ・患者および請求人の戸籍謄本原本 (4) 患者および請求人の顔写真つき身分証明書 ^{※2} ・戸籍謄本原本・親権者用開示同意書(様式5) (5) 成年後見登記事項証明書または未成年後見人の記載がある戸籍謄本・患者および請求人の顔写真つき身分証明書 ^{※2} (6) 患者生存の場合: 開示同意書(様式4)・患者本人の戸籍謄本原本、患者および請求人の顔写真つき身分証 ^{※2} ・請求人の住民票等患者との関係性が証明できる書類 患者死亡の場合: 患者本人の戸籍謄本原本または家庭裁判所が発行する特別縁故者の審判書の写し・請求人の顔写真つき身分証 ^{※2} ・請求人の住民票等患者との関係性が証明できる書類 ※2: 顔写真つき身分証明書は、本人確認書類(住民票、健康保険資格確認書、年金手帳、個人番号カード等)2点に代えられ、郵送申請の場合にはコピーを添付してください
3 開示を請求する内容 * 原則、開示請求書受理日から遡及して5年間の診療記録が対象です * 配送交付希望の場合は(3)が必須です (対面交付の場合は、開示当日に変更できます) * 対面交付で画像データ希望の場合は(3)⑪⑫が必須です	(1) 対象診療科: 全診療科, 特定診療科: (2) 対象期間: 全期間, 年 月 日 ~ 年 月 日 (3) 記録種類: ① 患者データベース ② 医師・歯科医師診療記録 ③ 医師以外の経過記録 ④ 病名歴 ⑤ 退院サマリー ⑥ 報告書 ☐ 放射線治療 ☐ 放射線画像検査 ☐ 内視鏡検査 ☐ 生理検査 ☐ 検体検査 ☐ 病理検査 ⑦ 手術記録 ⑧ 麻酔記録 ⑨ オーバービュー(温度板) ⑩ その他診療記録() ⑪ 画像記録 ☐ X線 ☐ CT ☐ MRI 出力 ☐ CD/DVD ☐ 紙 ☐ 血管撮影 ☐ 核医学 ☐ フィルム ⑫ その他画像記録() 出力 ☐ CD/DVD ☐ 紙
4 同席希望者 (2名以内)	(1) (間柄:) (2) (間柄:) * 同席同意書(様式6)を添付してください * 間柄は患者との間柄を記入してください
5 閲覧希望日時	第1 月 日() AM・PM 時 第2 月 日() AM・PM 時 * 申請から14日程度で回答書を発送しますので、申請日から3週間以降の異なる日にちを第2希望まで指定してください
6 備考	* 現住所と身分証の住所が異なる場合はご記入ください。その場合には配送交付は選択できません * 弁護士事務所からの資料をお持ちの場合には「弁護士の資料あり」と記入し、資料を添付してください

診療録等開示請求書（閲覧・写の交付）

記載例

西暦 2026 年 6 月 1 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

※申請手続きを委任した場合、現住所と身分証明書の住所が異なる場合には、配送交付は選択できません

フリガナ シズオカ イチロウ

請求人 氏 名： 静岡 一郎
(自署) 〒 411 - 8777

月日： 1963 年 4 月 1 日

☐ 身分証の住所と異なる（備考欄に住所を記入）

※日中連絡のつく電話番号を記載してください

現住所： 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007番地 静岡マンション101号室

電話番号： 055-989-5222 (受任者：)

次のとおり、診療録等の開示（閲覧・写の対面交付 / 写の配送交付^{※1}）を請求します。

※1: 回答書交付時に費用を納入いただきます。診療記録の受取がなされない場合には3ヶ月間保管後、廃棄させていただきます、費用の返金はできません

1 開示請求に係る患者	(1) フリガナ： <u>シズオカ タロウ</u> (3) 診察券番号： <u>12345678</u> , 不明 (2) 氏 名： <u>静岡 太郎</u> (4) 生年月日： <u>1938 年 4 月 1 日</u>
2 請求人と患者との間柄	(1) 患者本人（15 歳以上） (2) 患者の親族（配偶者、子、父母、兄弟姉妹、祖父母、孫、その他（ ）） (3) 患者の遺族（配偶者、 <u>子</u> 、父母、兄弟姉妹、祖父母、孫、その他（ ）） (4) 法定代理人（15 歳未満の親権者） (5) 法定代理人（未成年後見人、成年後見人） (6) その他（ ）
(添付または持参資料) * 請求を委任される場合には委任状（様式 7）の添付が必要です	(1) 患者本人の顔写真つき身分証明書 [※] (2) 開示同意書（様式 4）・患者および請求人の顔写真つき身分証明書 ^{※2} ・戸籍謄本原本 * 患者の意思決定が困難な場合は、医師の診断書等患者の状況がわかる書類のコピーを以て開示同意書に代えられます (3) 請求人の顔写真つき身分証明書 ^{※2} ・患者および請求人の戸籍謄本原本 (4) 患者および請求人の顔写真つき身分証明書 ^{※2} ・戸籍謄本原本・親権者用開示同意書（様式 5） (5) 成年後見登記事項証明書または未成年後見人の記載がある戸籍謄本・患者および請求人の顔写真つき身分証明書 ^{※2} (6) 患者生存の場合：開示同意書（様式 4）・患者本人の戸籍謄本原本、患者および請求人の顔写真つき身分証 ^{※2} ・請求人の住民票等患者との関係性が証明できる書類 患者死亡の場合：患者本人の戸籍謄本原本または家庭裁判所が発行する特別縁故者の審判書の写し・請求人の顔写真つき身分証 ^{※2} ・請求人の住民票等患者との関係性が証明できる書類 ※2: 顔写真つき身分証明書は、本人確認書類（住民票、健康保険資格確認書、年金手帳、個人番号カード等）2 点に代えられ、郵送申請の場合にはコピーを添付してください
3 開示を請求する内容 ご希望される記録種類の数字に○印をつけてください ※ 配送交付：必須 ※ 対面交付：任意 (対面交付の場合は、開示当日に変更できます) 画像出力は事前準備を要しますのでご希望の場合は記入ください	(1) 対象診療科： <u>全診療科</u> , 特定診療科： (2) 対象期間： <u>全期間</u> , 年 月 日 ~ 年 月 日 (3) 記録種類： ① 患者データベース ② 医師・歯科医師診療記録 ③ 医師以外の経過記録 ④ 病名歴 ⑤ 退院サマリー ⑥ 報告書 ☐ 放射線治療 ☐ 放射線画像検査 ☐ 内視鏡検査 ☐ 生理検査 ☐ 検体検査 ☐ 病理検査 ⑦ 手術記録 ⑧ 麻酔記録 ⑨ オーバービュー（温度板） ⑩ その他診療記録（ ） ⑪ 画像記録 ☐ X 線 ☐ CT ☐ MRI 出力 ☐ CD/DVD ☐ 紙 ☐ 血管撮影 ☐ 核医学 ☐ フィルム ⑫ その他画像記録（ ） 出力 ☐ CD/DVD ☐ 紙
4 同席希望者（2 名以内）	(1) <u>静岡 花子</u> （間柄： <u>長男妻</u> ） (2) （間柄： ） * 同席同意書（様式 6）を添付してください * 間柄は患者との間柄を記入してください
5 閲覧希望日時	第 1 <u>6 月 25 日(木) AM・PM 10 時</u> 第 2 <u>6 月 29 日(月) AM PM 2 時</u> * 申請から 14 日程度で回答書を発送しますので、申請日から 3 週間以降の異なる日にちを第 2 希望まで指定してください
6 備考	* 現住所と身分証の住所が異なる場合はご記入ください。その場合には配送交付は選択できません * 弁護士事務所からの資料をお持ちの場合には「弁護士の資料あり」と記入し、資料を添付してください

1 開示請求に係る患者

- ・診察券番号が分からない場合には、不明に○をしてください。

2 添付または持参資料

- ・記載例のとおり添付してください。
- ・戸籍謄本は3ヶ月以内に発行したものを添付してください。

3 開示を請求する内容

(1) 対象診療科: 全診療科 / 特定診療科

- ・診療科を限定する場合は、診療科を記入してください。それ以外は全科に○をしてください。

(2) 対象期間: 全期間 / 年 月 日 ~ 年 月 日

- ・期間を限定する場合は、日付を記入してください。それ以外は全期間に○をしてください。
- ・申請日以降の日付は対象となりませんので、ご注意ください。

(3) 開示(閲覧・交付の範囲)

- ・配送交付の場合は必ず○を記入してください。対面交付の場合は⑪⑫以外は当日申出可能です。

- ① 患者データベース: 氏名、住所、保険、連絡先、職業など
- ② 医師・歯科医師診療記録: 外来・入院・説明・カンファレンスなどの記録
- ③ 医師以外の経過記録: 看護師・薬剤師・栄養士・リハビリ技師・MSWなどの記録
- ④ 病名歴
- ⑤ 退院サマリー(1入院毎の要約)
- ⑥ 報告書: 放射線治療報告書(治療開始日、治療終了日、治療種別、照射回数、照射部位、線量など)、放射線画像診断報告書(X線、CT、MRI、血管撮影、核医学など)、内視鏡検査報告書(胃・大腸内視鏡、胆膵内視鏡、気管支鏡など)、生理検査報告書(超音波エコーなど)、検査結果報告書(血液検査、細菌検査)、病理診断結果報告書(細胞診、組織診、病理解剖)
- ⑦ 手術記録(手術日時、手術医、術式、麻酔種別、手術所見など)
- ⑧ 麻酔記録(麻酔時間、薬剤名、投与量、出血量、輸血量、麻酔中のバイタルなど)
- ⑨ オーバービュー(入院中の体温・心拍数・呼吸数・血圧・ケア・指導などの温度板の記録)
- ⑩ その他診療記録(当院発行の報告書、診療情報提供書 等)
- ⑪ 画像記録(X線、CT、MRI、血管撮影、核医学の画像)
 - ・CD/DVD: データ容量により、DVDや複数枚提供となる場合があります。
 - ・紙出力: 原則モノクロ印刷となります。カラー印刷希望の場合は、備考欄へ記入してください。
 - ・フィルム: 検査種類によって金額が異なります。
- ⑫ その他画像記録(内視鏡検査、生理検査、病理検査の画像)
 - ・CD/DVD: 検査種別毎に1枚にまとめています。データ容量により、DVDや複数枚提供となる場合があります。
 - ・紙出力: 原則モノクロ印刷となります。カラー印刷希望の場合は、備考欄へ記入してください。

*紙出力・フィルム 出力選択時の注意

画像検査は、1度の撮影で数枚~数千枚の画像があります。CD出力をおすすめします。

4 同席希望者(2名以内)

- ・提出する同席同意書のとおり、間柄は、患者との関係を記入してください。

5 閲覧希望日時

- ・申請を郵送でした場合、交付は対面となりますので希望日を必ず記入してください。
- ・閲覧希望日①②には、同一日を記入しないでください。
- ・閲覧時間は、9時、10時、11時、13時、14時、午前、午後 から選択してください。
- ・回答書は受理日から **14日程度**で発送されます。申請日から3週間以降の異なる日にちを記入してください。

※届いた回答書に記載された日時に来院してください。

6 備考

- ・現住所と身分証の住所が異なる場合には、公的証明書の住所を記入してください。
- ・カラー印刷、表紙を希望される場合には、備考欄に記入してください。
- ・B型肝炎訴訟などで、弁護士事務所から必要箇所が記入してある用紙をお持ちの方は、「弁護士の資料あり」と記入し紙を添付してください。
- ・当院の様式での対応となるため、弁護士事務所の様式への記入・回答はできかねます。

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

開 示 同 意 書

西暦 2026 年 6 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 番地
静岡マンション 101 号室

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る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 番地 静岡マンション 101 号室

氏 名 静岡 三郎

間 柄（私からみて）三男

以 上

開示同意書（親権者用）

西曆 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るに基づき、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。

開 示 同 意 書 (親権者用)

西暦 2026 年 6 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 番地
静岡マンション 101 号室

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るに基づき、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。

同席同意書

西曆 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

同 席 同 意 書

西暦 2026 年 6 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 番地
静岡マンション 101 号室
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 番地 静岡マンション 101 号室

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

委任状

西曆 年 月 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

(委任者自署)

住所

氏 名

電話番号

私は、貴院が保管している（患者氏名： ）に関する診療録等の
開示請求に関する手続きを下記の者に委任いたします。

記

(受任者 (委任された者))

住所

氏名

間柄（委任者からみて）

以 上

委任状

西暦 2026 年 6 月 1 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

(委任者自署)

住 所 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 番地
静岡マンション 101 号室
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 ）に関する診療録等の
開示請求に関する手続きを下記の者に委任いたします。

記

(受任者（委任された者）)

住所 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 番地 静岡マンション 101 号室

氏名 静岡 三郎

間柄（委任者からみて） 三男

以 上