

## 【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  
※ 弁護士事務所等からの書類がある場合にはご持参ください  
※ 申請を委任する場合には、委任者が記載した委任状(様式 7)をご持参ください  
申請を委任した場合、郵送交付は選択できません。委任者に来院していただき対面にて交付となります
2. 開示請求書、同意書類に記入いただき、身分証明書などの確認をします  
※ 対面交付の場合、閲覧希望日時は余裕を持った日付をご記入ください  
※ 郵送交付の場合、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  
※ 身分証明書や戸籍謄本などは原本をご提示ください（コピーを取らせていただきその場で返却します）
3. 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

\*\*\*\*\*

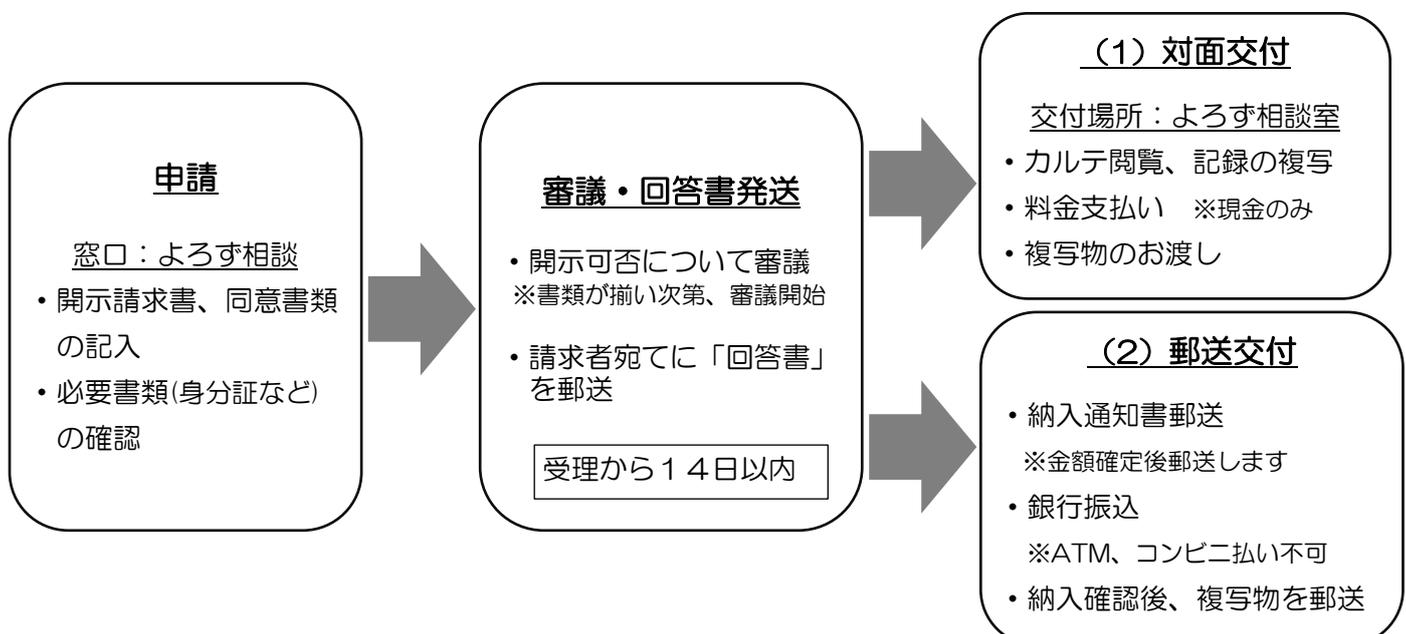
### (1) 対面交付の場合

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



## 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
	患者が亡くなっている場合	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・委任状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っ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

●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



西暦 2023 年 4 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、  
郵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 (生年月日: 1963 年 4 月 1 日)  
〒 - -  
住所: 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007  
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/ 写の郵送交付)を請求します。

1 開示請求に係る患者	(1) フリガナ: シズオカ タロウ (3) 診察券番号: 12345678, 不明 (2) 氏名: 静岡 太郎 (4) 生年月日: 1938 年 4 月 1 日
2 請求人と患者との間柄	(1) 患者本人 (2) 患者の親族(配偶者, 子, 父母, 兄弟姉妹, 祖父母, 孫) (3) 患者の遺族(配偶者, 子, 父母, 兄弟姉妹, 祖父母, 孫) (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) その他親族( ) 添付資料 * (1) 患者本人の顔写真つき身分証コピー・患者本人が15歳未満の場合には、親権者用開示同意書(様式5)を添付 * (2)・(6) 委任状(様式7)・開示同意書(様式4)・患者本人と請求者の顔写真つき身分証コピー・戸籍謄本原本を添付 * (3)・(4) 請求者の顔写真つき身分証コピー・戸籍謄本原本を添付 * (5) 登記事項証明書・患者本人と請求者の顔写真つき身分証コピーを添付 * 顔写真つき身分証は、本人確認書類(住民票、健康保険証/資格確認書、年金手帳、個人番号カード等)2点に代えられる * (2) 患者の意思決定が困難で、委任状・開示同意書の記載ができない場合は、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わかる書類の3点のコピーを以て委任状・開示同意書に代えられる
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: (2) 対象期間: 全期間, 年 月 日 ~ 年 月 日 (3) 記録種類:(対面交付の場合は、開示当日に変更できます) 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 放射線画像診断報告書 ⑥ 生理検査報告書 ⑦ 内視鏡検査報告書 ⑧ 退院サマリー ⑨ 検体検査結果報告書 ⑩ 手術記録 ⑪ 麻酔記録 ⑫ 病理診断結果報告書 ⑬ 放射線治療報告書 ⑭ オーバービュー(温度板) ⑮ その他診療記録( ) ⑯ 画像記録(X線, CT, MRI, 血管撮影, 核医学) 出力(CD/DVD, 紙, フィルム) ⑰ その他画像記録( ) 出力(CD/DVD, 紙)
4 同席希望者(2名以内)	(1) 同席者1: 静岡 花子 (間柄: 長男の妻) (2) 同席者2: (間柄: ) * 同席者がいる場合は、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希望日: 2024 年 4 月 21 日 10 時, AM / PM 第2希望日: 2024 年 4 月 22 日 時, AM (PM) * 申請から14日程度で結果を通知しますので、それ以降の日を指定してください
6 備考	※現住所が異なる場合はご記入ください 受付日・担当者(郵送・対面) 記入不要

## 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)

- ・郵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⑩⑪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 放射線画像診断報告書(X線、CT、MRI、血管撮影、核医学など)
- ⑥ 生理検査報告書(超音波エコーなど)
- ⑦ 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)
- ⑧ 退院サマリー(1入院毎の要約)
- ⑨ 検査結果報告書(血液検査、細菌検査)
- ⑩ 手術記録(手術日時、手術医、術式、麻酔種別、手術所見など)
- ⑪ 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)
- ⑫ 病理診断結果報告書(細胞診、組織診、病理解剖)
- ⑬ 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)
- ⑭ 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)
- ⑮ その他診療記録(当院発行の報告書、診療情報提供書等)
- ⑯ 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
- ⑰ 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
  - ・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、問柄は「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。余裕をもった希望日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

- ・カラー印刷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

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

## 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。

## 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。

# 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

## 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

様式 7

# 委任状

西暦 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 2023年 4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

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

氏名 静岡 三郎

間柄（委任者からみて） 三男

以 上