

診療記録等開示申出書

令和 年 月 日

愛知県精神医療センター院長 殿

申出者 氏 名

住 所

電話番号 ()

下記のとおり申し出ます。

1 申出に関する 診療記録等の内容 (○で囲む)	(1) 診療録全て (2) 診療録全て(画像除く) (3) 一部【診療録・検査記録・検査結果報告書・ エックス線等の写真、看護記録、処方内容 その他 ()】 対象期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
2 開示の区分 (○で囲む)	(1) 閲覧 (2) 写しの交付	
3 患者の氏名等 (患者本人が申出者 の場合は記載不要)	患者の氏名	
	患者の住所 ・電話番号	()
	患者の状況 (○で囲む)	(1) 成年被後見人 (2) 未成年者(満15歳以上) (3) 未成年者(満15歳未満) (4) その他 ()
4 患者との続柄		
※ 事務局	申出者本人確認欄 (○で囲む)	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険等の被保険者証 (4) 個人番号カード (5) その他 ()
処理欄	申出者資格確認欄 (○で囲む)	(1) 戸籍謄本・抄本 (2) 後見登記事項証明書 (3) 委任状 (4) その他 ()
備 考	<input type="checkbox"/> 郵送希望(送付先:) <input type="checkbox"/> その他	

- 注1 「申出に関する診療記録等の内容」欄は、開示の申出をしようとする診療記録等が特定できるように具体的に記入してください。
- 2 患者本人による申出の場合は、本人であることを証明する書類を提示してください。（主治医による確認で代えることが出来ます。）
 - 3 患者本人以外の申出であり、かつ患者が満15歳以上の場合は診療記録等開示同意書（様式2）を添付してください。
ただし、患者が合理的判断が出来ない状態にあると認められるときを除きます。
 - 4 法定代理人による申出の場合は、申出者本人であること、患者が未成年者又は成年被後見人であること及びその法定代理人であることを証明する書類を提示してください。
 - 5 実質的に患者のケアを行っている親族又はこれに準ずる者による申出の場合は、申出者本人であることを証明する書類を提示してください。なお、患者本人との続柄を証明する書類の提示を求める場合があります。
 - 6 任意後見人による申出の場合は、申出者本人であることを証明する書類及び任意後見登記の登記事項証明書を提示してください。
 - 7 任意代理人による申出の場合は、申出者本人であることを証明する書類及び委任状（委任者の実印を押印した上で印鑑登録証明書（自署の場合は不要）又は運転免許証等本人に対し一に限り発行される書類の写しを添付）を提示してください。
 - 8 遺族（原則として配偶者、一親等の血族及びこれに準ずる者とする。）による申出の場合は、申出者本人であること及び患者の遺族であることを証明する書類を提示してください。
 - 9 複数の連絡先があれば備考欄に記入してください。
 - 10 希望される方は、主治医等が口頭又は文書により補足説明を行います。
 - 11 *印欄は、記入しないでください。