

診療録等開示申請書

関西電力病院長 宛

(申請者)

〒 _____
ご住所

お名前 (印)

連絡先

下記のとおり申請します

対象患者さま	(フリガナ) お名前	
	生年月日	年 月 日
	患者番号 (不明時省略可)	
申請者と患者さまとの関係(注1、2参照)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(関係: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)	

開示申請する種類および対象期間など

入外種別	<input type="checkbox"/> 入院分 <input type="checkbox"/> 外来分
対象期間	<input type="checkbox"/> 診療期間全て(原則として最終受診日が5年経過したものを除く) <input type="checkbox"/> 指定期間(_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日) 注) 診療科や病名の指定はできません。
開示方法 (注3、4参照)	複写による開示 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CDR(H25/5以降の診察に限る)
	書類受取方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 申請者のご住所へ郵送(簡易書留)
開示対象	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 文書記録(同意書等) <small>※診療録には検体検査結果も含まれています。</small> <input type="checkbox"/> 画像データ(<input type="checkbox"/> 放射線検査 <input type="checkbox"/> 生理検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査) <input type="checkbox"/> その他(_____)
申請理由	<small>* 理由記載は必ず記入する必要はありません。未記入で申請することもでき、その場合でも開示に支障となる事はございません。</small>

手数料について: 基本料金3,300円に加え、下記の複写料等が必要です。

複写料: 複写料20円/枚

CD作成料: 1,100円/枚 (H25/5以降の診療分を電子データで希望する場合)

画像データ作成料: 1,100円/枚 (X線等の検査画像は電子データでの提供のみとなります)

ご注意事項: 1) 患者さまご本人が申請される場合、

・身分証明書写し(診察券(顔写真入り)、マイナンバーカード(表面)、運転免許証など)の提示が必要です。

2) 患者さまご本人以外が申請される場合、

・患者さまの身分証明書写し(同上)(※故人の場合は不要)

・申請者の身分証明書写し(同上) ※申請者が弁護士の場合、資格証明証のみご提示下さい。

・申請者がご親族(ご遺族)さまの代理人の場合、ご親族(ご遺族)さまの身分証明書写し(同上)

・ご親族(ご遺族)さま、又はその代理人の場合、患者さまとご親族(ご遺族)さまとの関係を示す書類(住民票、戸籍謄本など)

・患者さま(ご遺族さまの代理人の場合はご遺族さま)からの委任状(※ご遺族さまが申請される場合は不要)

の提示が必要です。

3) 診療録は開示を目的として記載しているものではありませんので、専門用語や外国語表記、略語、読みにくい字などが含まれていますが、それらの解説等は致しかねますので予めご理解願います。

4) 診療記録の提供には2~3週間程度かかる場合がございます。