

診療記録等開示申請書

医療法人五月会 須崎くろしお病院長殿

下記の通り診療記録等の開示を請求いたします。

申請日 年 月 日

申請者(自署) _____

申請者住所			
電話番号	自宅 携帯	続柄	患者さんからみて 病院確認
メール	@		
同席者		続柄	患者さんからみて 病院確認
同席者		続柄	患者さんからみて 病院確認

※申請者、同席者の個人を証明するもの、患者さんとの関係を証明する書類等をご準備下さい

1. 開示請求の開示を受けたい患者さんについて

患者さん氏名	フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	※申出人と同様の場合不要	
生年月日	年 月 日	

2. 開示を希望する記録等について（費用一覧参照）

開示請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
開示希望理由(任意)	※ 差支えない範囲でご記入下さい		
診療科	<input type="checkbox"/> 全科 <input type="checkbox"/> 一部: <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		
診療記録の種類	診療記録	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ	<input type="checkbox"/> 複写(費用表参照)
	手術・麻酔記録	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ	<input type="checkbox"/> 複写(費用表参照)
	検査記録・検査成績表	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ	<input type="checkbox"/> 複写(費用表参照)
	画像記録	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ	<input type="checkbox"/> 複写(費用表参照)
	その他	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ	<input type="checkbox"/> 複写(費用表参照)
要約書の希望	<input type="checkbox"/> あり(費用表参照)	<input type="checkbox"/> なし	
医師との面談希望	<input type="checkbox"/> あり(費用表参照)	<input type="checkbox"/> なし	

3. 閲覧希望日※ご希望に添えない場合にはお電話等で調整をさせていただきます。

第一希望	年 月 日 () 時～
第二希望	年 月 日 () 時～

病院使用蘭

受付番号 R-	受付日 年 月 日	受付担当
---------	-----------	------

診療記録等開示申請に係る検討申請書兼結果通知書

医療法人五月会 須崎くろしお病院
倫理委員会 委員長 殿

添付の受付番号(R-)の診療記録等開示請求について、

- 1.開示の可否の検討をお願いします。
 2.担当医師の判断により、請求を認めるものとするを報告します。

年 月 日
医療法人五月会 須崎くろしお病院
病院長 田村 精平

倫理委員会 検討結果通知書 (2の場合不要)

医療法人五月会 須崎くろしお病院 病院長殿

医療法人五月会 須崎くろしお病院 倫理委員会 委員長

結 果	請求内容について			
	<input type="checkbox"/> 全部開示・提供	<input type="checkbox"/> 一部開示・提供	<input type="checkbox"/> 不開示・不提供	とします
	<input type="checkbox"/> 倫理委員会開催	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 委員長判断	年 月 日		

一部開示または不開示とする事由

<input type="checkbox"/>	申請者等の本人確認が出来ない場合
<input type="checkbox"/>	患者への治療効果等や心身の状態への悪影響が予想される場合
<input type="checkbox"/>	患者本人に告知していない病名等が記載されている場合
<input type="checkbox"/>	患者本人が生前または診療中において不開示の意思を表明している場合
<input type="checkbox"/>	他院など、第三者から得た情報が含まれており、当該第三者の了解が得られない場合(部分不開示)
<input type="checkbox"/>	家族、医療従事者および関係者の権利、利益を損なう恐れがある場合
<input type="checkbox"/>	未成年者等の法定代理人による請求がされた場合であって、提供することが当該未成年者等の利益に反すると認められるとき
<input type="checkbox"/>	その他開示を不相当とする事由があると病院長が認める場合

その他意見欄

--

様

年 月 日
医療法人五月会 須崎くろしお病院
病院長 田村 精平

年 月 日付け申請の()様の診療記録等の開示・
提供について、以下のとおり回答致します。

ご申請内容について

(全部開示・提供 部分開示・提供 不開示・不提供)と致します。

全部開示、部分開示の場合は以下をご確認下さい。

開示日程 年 月 日 () 時～

- ① 当日はこの回答書およびご本人を証明するもの、患者さんとのご関係を証明するもの、委任状などをご持参ください。ご同席される方の場合も同様に確認書類のご準備をお願いします。
- ② 面談内容等の録音・録画を希望される場合には事前にお申し出ください。
- ③ 「※1」の2～6に該当する事項が含まれる場合には一部不開示となる場合があります。

※1:一部開示または不開示となった理由は以下です。

<input type="checkbox"/>	1. 申請者等の本人確認が出来ない場合
<input type="checkbox"/>	2. 患者さんへの治療効果等や心身の状態への悪影響が予想される場合
<input type="checkbox"/>	3. 患者さん本人に告知していない病名等が記載されている場合
<input type="checkbox"/>	4. 患者さん本人が生前または診療中において不開示の意思を表明している場合
<input type="checkbox"/>	5. 他院など、第三者から得た情報が含まれており、当該第三者の了解が得られない場合(部分不開示)
<input type="checkbox"/>	6. ご家族、医療従事者および関係者の権利、利益を損なう恐れがある場合
<input type="checkbox"/>	7. 未成年者等の法定代理人による請求がされた場合であって、提供することが当該未成年者等の利益に反すると認められるとき
<input type="checkbox"/>	8. その他開示を不相当とする事由があると病院長が認める場合

不開示になったことに対して疑義のある場合には以下の相談窓口までご連絡下さい。

◎当院の相談窓口・・・「医療相談室」(病院受付までご連絡下さい)

受付時間:8:30～17:00 電話:0889-43-2121

◎高知県が設置する相談窓口・・・「医療相談窓口」

当院での取扱いにご不満があるときや、その他相談に関し、第三者の立場で相談に応じてくれます。

高知県庁健康政策部医療政策課内(高知県庁 本庁舎4階)

受付時間:9:00～16:00 電話:088-823-9668

診療記録等開示実施報告書

病院長	経営企画部長	事務長	看護部長

添付の受付番号(R-)の診療記録等開示実施について、以下の通り報告致します。

報告日	年 月 日
報告者	

対象患者			
申請者		患者との関係	
同席者		患者との関係	
同席者		患者との関係	

実施内容

1. 開示・医師面会の場合

実施日時	年 月 日() 時 ~ 時
実施場所	
対応医師	
病院同席者	
対応内容 時系列で記載	
結果	

2. 複写等の請求の場合

複写申請のあった診療記録等を	年 月 日 付けて
<input type="checkbox"/> 全部提供	<input type="checkbox"/> 部分提供
<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 手渡し しました。