

診療記録等開示申出書		
愛知県がんセンター病院長 殿		令和 年 月 日
氏 名		(フリガナ )
申出者 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	記録系	<input type="checkbox"/> 診療記録すべて（他機関作成文書は除く） <input type="checkbox"/> 他機関作成文書 <input type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
	検査系	<input type="checkbox"/> 検査結果すべて <input type="checkbox"/> 画像 CD-ROM <input type="checkbox"/> 一部指定（例：CT 画像診断報告書） [ ] <input type="checkbox"/> その他 [ ]
2 対象期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
3 開示の区分 (○で囲む)	(1) 関 覧 (2) 写しの交付	
4 患者の氏名等 (患者本人が申出者の 場合は記載不要)	患者氏名	(フリガナ )
	患者住所・ 電話番号	( - - )
	患者の状況 (○で囲む)	(1) 故人 (2) 成年被後見人、被保佐人、被補助人 (3) 未成年者（満 15 歳以上）(4) 未成年者（満 15 歳未満） (5) その他 ( )
5 患者との続柄		
6 備考	<input type="checkbox"/> 来院受取希望（来院予定日： ) <input type="checkbox"/> 郵送希望（申出者欄記載の住所宛） <input type="checkbox"/> その他 ( )	
* 事 務 局	申出者本人 確認欄	(1) 運転免許証 (2) 個人番号カード (3) 旅券 (4) その他 ( )
	申出者資格 確認欄	(1) 戸籍謄本・抄本 (2) 住民票 (3) 委任状 (4) その他 ( )
	その他	
*欄には、記入しないでください。		

## 注意事項

### 1 申出者電話番号

平日の日中に連絡のつきやすい連絡先をご記入ください。

連絡が取れない場合、受付が遅延する場合がありますのでご了承ください。

複数の連絡先がある場合は、併せてご記入ください。

### 2 「申出に関する診療記録等の内容」欄

(ア) 開示を希望する診療記録等が特定できるよう、該当項目にチェックしてください。

(イ) 他機関作成文書（他の機関が作成し、当院が取得した文書等）にチェックされた場合、開示可否の決定に最長４５日かかりますのでご了承ください。

(ウ) 診療科や検査項目の限定、特定内容のみの抽出など、細かい要望には対応できない場合があります。ご希望の場合は、事前にカルテ開示担当者までお問い合わせください。

### 3 「対象期間」欄

全期間または具体的な年月日（検査を指定する場合は検査日）のいずれかをご記入ください。

### 4 患者本人による申出の場合

本人確認書類をご提示ください。

### 5 患者本人以外による申出の場合

以下のいずれかに該当する方である必要があります。

①法定代理人（親権者、後見人、保佐人又は補助人）

②実質的に患者さんのケアを行っている親族又はそれに準ずる方

③遺族（法定相続人）

④患者さん本人または遺族（法定相続人）から代理権を得た任意代理人

必要書類は当センターのホームページをご確認のうえご用意ください。

### 6 主治医への質問を希望される場合

（主治医不在の場合は当該診療科部長等）

開示後、質問をご希望の場合は、説明日を調整のうえご案内いたしますので、お申し出ください。なお、説明には別途費用がかかります。