

②-1 親権者（未成年の法定代理人）が申請

提出書類	注意事項	チェック
・ 診療記録等の開示請求書		<input type="checkbox"/>
・ 申請者の本人確認書類 1点 - 運転免許証 - マイナンバーカード※ - 保険証または資格確認書※ など	※マイナンバーカードは裏面不要 ※保険証・資格確認書は住所の記載されたもの	<input type="checkbox"/>
・ 法定代理人を証する書類 1点 - 子供の戸籍謄本・戸籍抄本※	※親権者を証明するための書類 ※書類は30日以内に作成された原本	<input type="checkbox"/>
・ 住民票※	※郵送をご希望の方 ※30日以内に作成された原本	<input type="checkbox"/>

【郵送希望の方へ】

簡易書留またはレターパックプラス(赤)でお送りします。

※レターパックライト(青)での対応はしておりません。

また、郵送料金をご負担いただきます。

必要な書類がそろっているか、ご確認ください。

■■■ 郵送先 ■■■

〒562-0014

大阪府箕面市萱野5丁目7番1号

箕面市立病院 診療情報管理室 宛

# 記入例

## 診療記録等の開示請求書

記入日

年 月 日

箕面市立病院 病院長 殿

請求者の住所（※）、氏名、  
日中連絡の取れる電話番号を記入。  
※住所は郵送先（身分証明書、住民票と同様）

請求者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
電話番号 \_\_\_\_\_

必要な期間を記入。  
不明の場合はわかる範囲  
で記入。※<sup>1</sup>

次のとおり診療記録等の開示を請求します。

開示を請求する個人情報の情報 ※具体的に特定してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録 (期間 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> カルテ <input type="checkbox"/> 手術記事 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 検査画像 <input type="checkbox"/> 検温表 <input type="checkbox"/> 分娩情報 <input type="checkbox"/> 輸血実施履歴 <input type="checkbox"/> 入院診療録概要 <input type="checkbox"/> 諸記録
備考 ( )	※ <sup>1</sup> 弁護士等からの依頼文書をお持ちの方 備考欄へ【〇〇 (依頼文書タイトル) にのっとり】と記入。
希望する開示の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 <input checked="" type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> その他 ( CD-R )
郵送希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

いずれかに  
チェック  
※郵送の場  
合は、住民  
票の提出が  
必須。

※法定代理人又は遺族が請求する場合は、次の欄にも記入してください。

開示請求者	<input checked="" type="checkbox"/> 法定代理人(未成年者の法定代理人・成年被後見人の法定代理人) <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> 死亡した者の遺族 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子及び父母 <input type="checkbox"/> 2等親内の血族又は1親等内の姻族 <input type="checkbox"/> 開示対象者の法定代理人
開示対象者本人の情報等	患者の氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住 所 _____ 電 話 番 号 _____

該当の欄にチェック  
※別途書類が必要

開示対象者の名前、住所、  
生年月日、電話番号を記入。

- 注) 1 運転免許証等あなたが請求する自己情報の本人であることを確認できる書類を提示してください。
- 2 法定代理人が請求する場合は、この請求書以外に、法定代理人であることを証する書類（戸籍謄本等）及び当該法定代理人の個人を識別できる証書を提示又は提出してください。
- 3 本人の委任による代理人が請求する場合には、この請求書以外に、委任状、委任者の運転免許証、個人番号カード等本人に対し一に限り発行される書類の写し及び当該代理人本人であることを確認できる書類を提示又は提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。
- 4 遺族が請求する場合は、この請求書以外に、遺族であることを証する書類（戸籍謄本等）及び当該遺族の個人を識別できる証書を提示又は提出してください。
- 5 この請求書を送付して請求する場合は、あなたの住民票の写し等を提出してください。



## 診療記録等の開示請求書

年 月 日

箕面市立病院 病院長 殿

請求者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり診療記録等の開示を請求します。

開示を請求する保有個人情報 ※具体的に特定してください。	<input type="checkbox"/> 診療録 (期間 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> カルテ <input type="checkbox"/> 手術記事 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 検査画像 <input type="checkbox"/> 検温表 <input type="checkbox"/> 分娩情報 <input type="checkbox"/> 輸血実施履歴 <input type="checkbox"/> 入院診療録概要 <input type="checkbox"/> 諸記録 備考 ( _____ )
希望する開示の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
郵送希望の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

※法定代理人又は遺族が請求する場合は、次の欄にも記入してください。

開 示 請 求 者	<input type="checkbox"/> 法定代理人(未成年者の法定代理人・成年被後見人の法定代理人) <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> 死亡した者の遺族 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子及び父母 <input type="checkbox"/> 2等親内の血族又は1親等内の姻族 <input type="checkbox"/> 開示対象者の法定代理人
開示対象者本人の情報等	患者の氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住 所 _____ 電 話 番 号 _____

- 注) 1 運転免許証等あなたが請求する自己情報の本人であることを確認できる書類を提示してください。
- 2 法定代理人が請求する場合は、この請求書以外に、法定代理人であることを証する書類(戸籍謄本等)及び当該法定代理人の個人を識別できる証書を提示又は提出してください。
- 3 本人の委任による代理人が請求する場合には、この請求書以外に、委任状、委任者の運転免許証、個人番号カード等本人に対し一に限り発行される書類の写し及び当該代理人本人であることを確認できる書類を提示又は提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。
- 4 遺族が請求する場合は、この請求書以外に、遺族であることを証する書類(戸籍謄本等)及び当該遺族の個人を識別できる証書を提示又は提出してください。
- 5 この請求書を送付して請求する場合は、あなたの住民票の写し等を提出してください。

