

③ 任意代理人の方が申請

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"/>
・患者本人の本人確認書類 1点 - 運転免許証 - マイナンバーカード※ - 資格確認書※ など	※マイナンバーカードは裏面不要 ※資格確認書は住所の記載されたもの	<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※ - 資格確認書※ など	※マイナンバーカードは裏面不要 ※資格確認書は住所の記載されたもの	<input type="checkbox"/>
・委任状	※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 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

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）

必要な期間を記入。
不明の場合はわかる範囲
で記入。※¹

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 ☒ 診療録 (期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※具体的に特定してください。
必要な情報にチェック※¹

☐ すべて ☐ カルテ ☐ 手術記事 ☐ 検査結果 ☐ 検査画像
☐ 検温表 ☐ 分娩情報 ☐ 輸血実施履歴
☐ 入院診療録概要 ☐ 諸記録

備考 (

※¹ 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）にのっとって】と記入。

開示の実施方法

☐ 閲覧 ☒ 写しの交付

チェック

☐ 用紙 ☐ その他 (**CD-R**)

いずれかに
チェック
※郵送の場
合は、住民票
の提出が必
須。

有無

☐ 有り ☐ 無し

いずれかにチェック※²
※² データでの交付希望の方
その他にチェックを入れ、括弧内へ「CD-R」と記入。

本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。

該当の欄にチェック
※別途書類が必要

☐ 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)

☒ 任意代理人

☐ 死亡した者の遺族

☐ 配偶者 ☐ 子及び父母 ☐ 2等親内の血族又は1親等内の姻族

☐ 開示対象者の法定代理人

開示対象者の名前、住所、
生年月日、電話番号を記入。

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。

記入例

委任状

〰〰〰〰年 〰月 〰日

委任した日をご記入ください。
(申込み前 30 日以内のみ有効となります。)

(代理人) 住所 大阪府箕面市萱野〰-〰-〰

氏名 箕面 太郎

生年月日 〰〰〰〰年 〰月 〰日

上記の者を代理人と定め、診療記録開示請求に係る一切の権限を委任します。

必ず委任者の直筆でご署名下さい

(委任者) 住所 大阪府箕面市萱野〰-〰-〰

氏名 箕面 花子 (自署)

生年月日 〰〰〰〰年 〰月 〰日

電話番号 〰〰〰-〰〰〰〰-〰〰〰〰

(確認のため電話連絡をする場合があります。)

(注 1) 委任状は、申込日前 30 日以内に作成されたものに限る。

(注 2) 委任状は、原本に限る。

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。

〔確認欄〕 ※この欄は記入しないでください。

請求者の本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※送付による請求の場合 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他（ ）
法定代理人を証する書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
任意代理人を証する書類	<input type="checkbox"/> 委任状

委任状

年 月 日

(代理人) 住所

氏名

生年月日 年 月 日

上記の者を代理人と定め、診療記録開示請求に係る一切の権限を委任します。

(委任者) 住所

氏名 (自署)

生年月日 年 月 日

電話番号

(確認のため電話連絡をする場合があります。)

(注1) 委任状は、申込日前30日以内に作成されたものに限る。

(注2) 委任状は、原本に限る。