

⑤ 任意代理人（法人）の方が申請

提出書類	注意事項	チェック
・保有個人情報開示請求書※	※法人の印鑑証明の印が押印されたもの	<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※ - 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"/>
・法人の登記事項証明書	※30日以内に作成された原本	<input type="checkbox"/>
・委任状（患者本人から法人あて）※	※30日以内に作成された原本	<input type="checkbox"/>
・申請者（法人担当者）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"/>
・委任状（法人代表者から法人担当者あて）※	※法人の印鑑証明の印が押印されたもの ※30日以内に作成された原本	<input type="checkbox"/>
・法人の印鑑証明書	※30日以内に作成された原本	<input type="checkbox"/>
・住所が確認できるもの※ 1点 - ホームページのコピー - 郵送物のコピー など	※郵送をご希望の方	<input type="checkbox"/>

【郵送希望の方へ】

簡易書留にて送付いたします。レターパックなど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

様式第2号（第3条関係）

保有個人情報開示請求書

記入日

年 月 日

(宛先)箕面市立病院事業管理者

請求者（代理人）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 住所又は居所

氏 名

電話番号

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

チェック 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 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 ()

必要な期間を記入。不明の場合はわかる範囲で記入。※¹

必要な情報にチェック※¹

※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）ののって】と記入。

希望する開示の実施方法 ※本欄任意	(1) 開示の実施の方法 <input type="checkbox"/> 閲覧のみを希望する。 <input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付のみを希望する。
	(2) 写しの交付の方法 <input checked="" type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> その他 (CD-R)

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。

郵送の希望の有無 ※本欄の記載は、任意です。	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
希望する開示の実施日 ※本欄の記載は、任意です。	年 月 日

いずれかにチェック

※郵送の場合は、住民票の提出が必須。

※代理人が請求する場合は、次の欄もご記入ください

開示請求者	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 任意代理人
本人の状況等	(1) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input checked="" type="checkbox"/> 任意代理人委任者
	(2) 本人の氏名 _____
	(3) 本人の住所又は居所 _____
	(4) 本人の電話番号 _____

開示対象者の名前、住所、電話番号を記入。

(注) 1 あなたが請求する保有個人情報の本人であることを確認できる書類（運転免許証等）を提示又は提出してください。

2 法定代理人が請求する場合は、この請求書以外に、その資格を証明する書類（戸籍謄本等）及び当該法定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

記入例

委任状

〇〇〇〇年 〇月 〇日

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 大阪府箕面市萱野〇-〇-〇
氏名 箕面 太郎
生年月日 〇〇〇〇年 〇月 〇日

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 大阪府箕面市萱野〇-〇-〇
氏名 箕面 花子 (自署)
生年月日 〇〇〇〇年 〇月 〇日
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
(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。

様式第2号（第3条関係）

保有個人情報開示請求書

年 月 日

(宛先)箕面市立病院事業管理者

請求者 住所又は居所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

<p>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。</p>	<p><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（ _____ ）</p>
<p>希望する開示の 実施方法 ※本欄の記載は、 任意です。</p>	<p>（1）開示の実施の方法 <input type="checkbox"/>閲覧のみを希望する。 <input type="checkbox"/>閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。 <input type="checkbox"/>写しの交付のみを希望する。 （2）写しの交付の方法 <input type="checkbox"/>用紙 <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
<p>郵送の希望の有無 ※本欄の記載は、 任意です。</p>	<p><input type="checkbox"/>有り <input type="checkbox"/>無し</p>
<p>希望する開示の 実施日 ※本欄の記載は、 任意です。</p>	<p>年 月 日</p>

※代理人が請求する場合は、次の欄もご記入ください。

<p>開 示 請 求 者</p>	<p><input type="checkbox"/>法定代理人 <input type="checkbox"/>任意代理人</p>
<p>本人の状況等</p>	<p>（1）本人の状況 <input type="checkbox"/>未成年者（ _____ 年 月 日生） <input type="checkbox"/>成年被後見人 <input type="checkbox"/>任意代理人委任者 （2）本人の氏名 _____ （3）本人の住所又は居所 _____ （4）本人の電話番号 _____</p>

(注) 1 あなたが請求する保有個人情報の本人であることを確認できる書類（運転免許証等）を提示又は提出してください。

2 法定代理人が請求する場合は、この請求書以外に、その資格を証明する書類（戸籍謄本等）及び当該法定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

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。