

⑥ -1 配偶者・子・父母が申請（子が未成年の場合は⑥-2へ）

提出書類	注意事項	チェック
・ 死者情報開示申出書		<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"/>
・ 死亡を証明する書類※ 1点 - 戸籍謄本 - 死亡診断書	※当院以外でなくなった場合	<input type="checkbox"/>
・ 死者との親族関係がわかる書類 - 戸籍謄本	※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"/>

※配偶者・子・父母、いずれもない時に限り2親等内の血族または1親等内の姻族の方が申請できます。

【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1号（第6条、第9条関係）

死者情報開示申出書

記入日

年 月 日

（宛先）箕面市病院事業管理者

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）

申出者 住所又は居所

氏 名

電話番号

箕面市死者情報取扱要綱（以下「要綱」という。）第6条第1項の規定により、次のとおり死者情報の開示を申し出ます。

開示対象者の名前、
生年月日を記入。

申出に係る情報の対象者（死者）	氏名	
	生年月日	

チェック

申出に係る情報の内容	<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 (

必要な情報にチェック※¹

必要な期間を記入。
不明の場合はわかる範囲で記入。※¹

希望する開示の実施方法

(1) 開示の実施の方法

閲覧のみを希望する。
閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。
写しの交付のみを希望する。

(2) 写しの交付の方法

用紙
その他 (CD-R)

チェック

※¹ 弁護士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。

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 有り 無し

該当項目にチェック

申出者の区分

配偶者（要綱第5条第1項第1号）
子及び父母（要綱第5条第1項第2号）
2親等以内の血族又は1親等の姻族（要綱第5条第1項第3号）
開示対象者の法定代理人（要綱第5条第2項）

いずれかにチェック
※郵送の場合は、住民票の提出が必須。

記入不要

（申出者が法定代理人の場合）
開示対象者本人の状況等

(1) 本人の状況 未成年者 (年 月 日生)
成年被後見人
 (2) 本人の氏名 _____
 (3) 本人の住所又は居所 _____
 (4) 本人の電話番号 _____

(注) 1 「申出に係る情報の内容」は、できるだけ具体的に記入してください。
 2 申出者と死者との関係を証する書類（戸籍謄本等）及びあなたが申出者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。

様式第1号（第6条、第9条関係）

死者情報開示申出書

年 月 日

（宛先）箕面市病院事業管理者

申出者 住所又は居所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

箕面市死者情報取扱要綱（以下「要綱」という。）第6条第1項の規定により、次のとおり保有死者情報の開示を申し出ます。

申出に係る情報の対象者（死者）	氏名	
	生年月日	
申出に係る情報の内容	<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	（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（ ）	
郵送の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
申出者の区分	<input type="checkbox"/> 配偶者（要綱第5条第1項第1号） <input type="checkbox"/> 子及び父母（要綱第5条第1項第2号） <input type="checkbox"/> 2親等以内の血族又は1親等の姻族（ ） （要綱第5条第1項第3号） <input type="checkbox"/> 開示対象者の法定代理人（要綱第5条第2項）	
（申出者が法定代理人の場合） 開示対象者本人の状況等	（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 （2）本人の氏名 _____ （3）本人の住所又は居所 _____ （4）本人の電話番号 _____	

- （注） 1 「申出に係る情報の内容」は、できるだけ具体的に記入してください。
 2 申出者と死者との関係を証する書類（戸籍謄本等）及びあなたが申出者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。

