

診療記録等開示申請書

年 月 日

新潟万代病院長 様

申出者氏名 印
 (申出者と患者との関係:)

住所 〒 ー

電話番号 ー ー

下記の診療記録等の開示を希望します。

診療記録等の開示を 受けたい患者	(フリガナ) 患者氏名	(姓)	(名)		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日生			
開示を希望する記録 (該当する箇所に○印 を記入してください)	入院外来の別	入院・外来	診療科 科		
	記録の種類	診察日 (期間)	閲覧	複写	医師の立 合し説明
	1 診療経過の要約書				
	2 診療録 (カルテ)				
	3 検査記録				
	4 C T 画像				
	その他				
患者本人が申し出できない理由					

注1 申出者は患者本人とします。ただし、患者本人が申し出ることができない場合は、次の方に限り申し
 出ることができます。

- (1) 患者本人の指名した親族又はそれに準ずる縁故者^(※1)^(※2)
 (2) 患者本人の判断能力が欠如していると判断される場合は、法定代理人及び現実に患者の世話をしている
 親族又はそれに準ずる縁故者^(※1)^(※2)
 (3) 患者が死亡している場合は現実に患者の世話をしていた親族又はそれに準ずる縁故者^(※1)^(※2)

※1 「親族」とは、民法第725条に規定する6親等内の血族、配偶者及び3親等内の姻族をいいます。

※2 「親族に準ずる縁故者」とは、民法第958条の3に規定する生計を同じくしていた方、療養看護
 に努めていた方その他特別の縁故があった方をいいます。

※3 「患者本人の判断能力が欠如していると判断される場合」は、主治医の判断に基づき、当院診療
 記録等開示委員会で決定することになる。

注2 申し出に当たっては、申し出者は本人を証明する書類（健康保険証、運転免許書の写し）を添付して
 ください。また、閲覧時（複写交付時）にはその原本を提示してください。なお、患者以外の方が申し
 出る場合は、注1の(1)～(3)に該当することを証明できる書類（本人の委任状又は戸籍謄本）を
 添付してください。

注3 閲覧等の日時及び場所は別途連絡します。閲覧期間は原則として1時間以内とします。

注4 退院日または最後の外来受診の日の翌日から起算して5年を経過した診療記録等は開示の対象外です。

注5 治療効果への悪影響があると当院診療記録等開示委員会で判断した診療記録等は開示できない場合
 があります。

病院使用欄	受理日	年	月	日	受付者
-------	-----	---	---	---	-----