

【診療記録の開示についてのご案内】

【開示受付窓口】

患者相談窓口(窓口にてカルテの開示とお伝え下さい)

【窓口受付時間】

平日 9時から 17時まで

【郵送受付】

遠方にお住まい又は来院が困難な場合にご利用いただけます

(事前にカルテ開示担当 TEL:073-447-2300(内線 3556)までご連絡ください)

※ お電話 (FAX) のみでの請求はいたしかねます



【開示請求できる方】

原則として患者本人 (身分証明書が必要)

(疾病によっては満15歳以上の未成年者を含む)

【患者本人に代わって請求できる方】 (申請者の身分証明書とその他書類^{※1}が必要)

- ・親権者 (請求時点で患者本人が18歳未満の者に限る)
- ・遺族 (配偶者、子、父母及びこれに準じる者。左の者に法定代理人がいる場合も含む)
- ・患者の世話をしている親族等 (病状等やむを得ない場合に限る)
- ・法定代理人 (未成年者又は成年被後見人である場合に限る)
- ・任意代理人 (患者本人から委任のある者に限る)
- ・任意後見人 (診療契約に関する代理権のある者)

※ 1 必要書類については、(別紙)診療記録開示請求書(3・4ページ)を必ずご確認ください

※ 2 上記以外の方で請求を行いたい場合は、カルテ開示担当までご連絡ください

【必要書類】

- 診療記録開示請求書 (3・4 ページ)
- 身分証明書 (公的機関発行の顔写真付きのもの^{※3})
(顔写真付きがない場合、公的機関発行書類 2 点以上^{※4})
(任意代理人が法人の場合は不要)
- 診療記録開示請求書に記載された書類
(原本又は原本に相違ないことを証明したもの)

【郵送希望の場合は、上記と以下の送付が必要】

- 住民票 (身分証明書と同住所のもの) ← 法人の場合不要
- レターパックプラス (住所記載有のもの)

※ **事前に必ず** カルテ開示担当 TEL:073-447-2300

(内線 3556)までご連絡ください

送り先は必ず記載



住民票等と異なる
住所には郵送不可

【開示の期限】

診療記録開示請求書を受け取ってから土日及び祝日を除いた 30 日以内

【開示の費用について】

- ・白黒コピー 10 円／枚
- ・カラーコピー 40 円／枚（画像の写しの交付をカラーで希望された場合）
※希望が無ければ白黒での出力となります。
- ・CD-R 70 円／枚（当院で撮影されたレントゲン画像等の交付を希望された場合）
- ・DVD 80 円／枚（CD-R の容量を超えた画像）

【開示できない場合】

- (1) 法令又は条例の定めるところにより開示できない情報
 - (2) 患者の治療効果を妨げるおそれその他良質かつ適切な診療等の提供に支障が生じるおそれがあると認められる情報
 - (3) 患者本人以外の者（以下「第三者」という。）の個人情報の保護に支障が生じるおそれがあると認められる情報
 - (4) 第三者の正当な権利利益を侵害するおそれがあると認められる情報
 - (5) 附属病院等の業務の適正な遂行に支障が生じるおそれがあると認められる情報
- 上記に該当する場合は、全部又は一部不開示となる場合があります。

【公的機関発行書類(例)】**いずれも有効期限内のものに限る**

※ 3 写真付きの書類

- ・運転免許証又は運転経歴証明書
- ・旅券
- ・個人番号カード
- ・身体障害者手帳
- ・学生証
- ・生徒手帳
- ・社員証明書
- ・その他省庁、都道府県発行の免許証等

※ 4 写真なしの書類

- ・健康保険証、国民健康保険、船員保険等の被保険者証
- ・共済組合手帳
- ・国民年金手帳、厚生年金保険、船員保険等の年金証書
- ・印鑑登録証明書及び登録している印鑑
- ・学生証
- ・介護保険被保険者証

【お問合せ(又は郵送)先】

〒641-8510

和歌山市紀三井寺 811-1

和歌山県立医科大学

経理課カルテ開示担当あて

[TEL:073-447-2300](tel:073-447-2300) (内線 3556)

診療記録開示請求書

年 月 日

和歌山県立医科大学附属病院長 様

氏 名

住所又は居所 (郵便番号) (電話番号)

連絡先 (電話番号)

受取方法 来院 ・ 郵送 (どちらかに○をつけてください)

和歌山県立医科大学附属病院診療記録開示に関する規程（令和5年3月31日規程第97号）第5条第1項の規程に基づき、下記の通り診療記録の開示を請求します。

記

1 開示を請求する診療記録（具体的に特定してください。）

| | |
|---|--|
| 開示請求に係る診療記録を特定するに足る情報 | |
| 求める開示の実施の方法 (希望する方法の □内に✓印を記入してください。) | 1 文書、図画又は写真の場合 □閲覧 □写しの交付 2 フィルム又は電磁的記録の場合 □閲覧 □写しの交付 |

2 本人確認等

| | |
|-------------|--|
| ア 開示請求者 | □本人 □法定代理人 □任意代理人（弁護士、親族等）・任意後見人 () □親族等 () □遺族等 () □その他 () |
| イ 請求者本人確認書類 | □運転免許証 □健康保険被保険者証 □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） □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 □その他 () ※郵送等による開示請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。 ※原則顔写真の付いた本人確認書類を提出ください。 ※顔写真の付いた確認書類がない場合、公的機関発行の書類2点以上を提出ください。 |

| | | |
|---|--------------------------------|--------------|
| <p>ウ 患者本人の状況等 <u>(代理人、親族又は遺族が請求する場合にのみ記載してください。)</u></p> <p>(ア) 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 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p style="padding-left: 40px;">(ふりがな)</p> <p>(イ) <u>本人の氏名</u> _____</p> <p>(ウ) <u>本人の住所又は居所</u> _____</p> | | |
| <p>エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。</p> <p>請求資格確認書類 <input type="checkbox"/>戸籍謄本(又は抄本) <input type="checkbox"/>登記事項証明書</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> | | |
| <p>オ (患者本人から代理権等を付与された)任意代理人又は任意後見人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。</p> <p>請求資格確認書類 <input type="checkbox"/>委任状 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p style="text-align: center;">※委任状等が写しの場合、原本に相違ないことを証明したもの</p> | | |
| <p>カ (患者本人がやむを得ない理由により)親族等が請求する場合、次の書類(2つ以上)を提示し、又は提出してください。</p> <p>請求資格確認書類 <input type="checkbox"/>戸籍謄本(又は抄本)</p> <p><input type="checkbox"/>その他(※診断書等) ()</p> <p>※当院入院中で本人の状態が確認できる場合は除く</p> | | |
| <p>キ 遺族等が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。</p> <p>請求資格確認書類 <input type="checkbox"/>戸籍謄本(又は抄本) <input type="checkbox"/>除籍謄本(又は抄本)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> | | |
| <p>ク 上記の者以外の場合、患者本人との関係を示す書類及び診療記録を取得するのに必要な理由等を記した書類を提示し、又は提出してください。</p> <p><input type="checkbox"/>本人との関係を示す書類 ()</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> | | |
| <p>窓口受付</p> <p>経理課企画総務班 カルテ開示担当</p> | <p>担当課室等受付</p> <p>経理課企画総務班</p> | <p>担当課室等</p> |