

<患者氏名>

患者 番号	生年 月日	・	・
患者 氏名	性別	男	・ 女

診療情報（カルテ等）開示依頼書

兵庫医科大学病院長殿

年 月 日

<開示依頼者氏名>

郵便番号

住 所

(ふりがな)

氏名 (直筆)

電話番号(自宅) — —

電話番号(携帯) — —

次のとおり診療情報（カルテ等）の開示を依頼致します。

開示を受けたい内容 ・希望科（部） ・希望する期間 *全開示希望の場合は 全てと記載ください。	<input type="checkbox"/> [1] カルテ 内容記載→	科（部）	入・外	年	月	日	～	年	月	日
		科（部）	入・外	年	月	日	～	年	月	日
		科（部）	入・外	年	月	日	～	年	月	日
	<input type="checkbox"/> [2] 全科 記載不要	科（部）	入・外	年	月	日	～	年	月	日
	<input type="checkbox"/> (2) 画像（ ）	科（部）		年	月	日	～	年	月	日
開示依頼者が本人以外 の場合	患者本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者	<input type="checkbox"/> 15歳未満	同意 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 故人	<input type="checkbox"/> 当院にて死亡		<input type="checkbox"/> 当院以外で死亡	
			<input type="checkbox"/> 15歳以上	同意 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無						
	開示依頼者	本人の同意のある場合	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
	ご遺族の場合	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 左記に準ずる者 <input type="checkbox"/> 左記の法定代理人								
	本人の同意不要の場合	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意後見人 <input type="checkbox"/> 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずるもの <input type="checkbox"/> 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、患者の世話をしている親族及びこれに準ずるもの								
希望する開示方法 (原本が紙の場合は紙のみ)	(1) <input type="checkbox"/> 写しの交付 (紙) (2) <input type="checkbox"/> PDF (DVDにコピー)									
希望する受取方法	(1) <input type="checkbox"/> 郵送 (着払い) (2) <input type="checkbox"/> 対面での受取									

注1 依頼の際には、依頼者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、マイナンバー等）の提示または、コピーを提出してください。

注2 本人の同意書等を提出してください。

注3 本人以外が依頼する場合には、注2の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類（戸籍抄本等）を提出または提示してください。

注4 PDFでの開示を希望されても、記録によっては紙が含まれることがあります。

依頼者本人の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他（ ）
依頼者と患者の関係性の確認方法	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本	<input type="checkbox"/> その他	
その他開示依頼者の希望			