（様式１）

診療個人情報の開示(提供)申請書

東京女子医科大学附属足立医療センター　病院長　殿

令和　　年　　月　　日

〒

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号　自宅：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　携帯：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　　柄＿＿＿＿＿＿（開示の対象となる方と異なる場合は続柄を記入してください。）

□診療録写しの交付　　□診療録の閲覧　（いずれかの項目に☑）

診療個人情報開示を希望する診療科にチェック

□	内科	□	心臓血管診療部	□	心療・精神科	□	小児科	□	外科	□	乳腺診療部
□	整形外科	□	形成外科	□	脳神経外科	□	心臓血管外科	□	呼吸器外科	□	皮膚科
□	泌尿器科	□	骨盤底再建診療部	□	産婦人科	□	新生児科	□	眼科	□	耳鼻咽喉科
□	救急医療科	□	麻酔科	□	検査科光学診療部	□	歯科口腔外科	□		□	

下記の通り申請いたします。

開示の対象となる方 □申請者と同じ	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　　所	〒
	電話番号	自宅：
診療情報（写し）の内容 （記入あるいは（　）内に○をしてください）	開示期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 □外　来　　□入　院	
	（　　）診療録（カルテ）写し	
	（　　）検査結果（血液・尿など）写し	
	画像（具体的に記入してください）	
	その他の項目（　　）	
使用目的：		

事務局 処理欄	①本人申請の場合	運転免許証　旅券　健康保険証　住民票
	②本人以外の場合	ア）15歳以下の場合（原則として親権者） 必要書類：戸籍謄本または続柄がわかる住民票（原本）申請者の本人確認の資料（運転免許証、健康保険証など） イ）16歳以上で本人の意思表示ができない場合（親族：原則として配偶者、子、親、兄弟姉妹） 必要書類：戸籍謄本または続柄がわかる住民票（原本）、本人の同意書（原本）、申請者の本人確認資料（運転免許証、健康保険証など） ウ）成年被後見人の場合 必要書類：戸籍謄本または続柄がわかる住民票（原本）申請者の本人確認の資料（運転免許証、健康保険証など） および資格を有することを証明する書類 エ）上記以外の場合 必要書類：申請者であることを証明する書類（運転免許証など）および本人の同意書（様式任意）

複写料金：診療録（カルテ）・検査結果写し　１枚につき　　５５円（税込）

画像の写し（CD-R）１枚につき　　２，２００円（税込）

閲覧料金：閲覧（30分：5,500円（税込）、以降30分毎に5,500円（税込）加算

内容確認者氏名（　　）

令和６年１月

診療個人情報の開示（提供申請）について

東京女子医科大学附属足立療センター

開示申請手続きにつきましては、下記の点にご注意いただき、病院棟１階患者サポートセンター「書類窓口」にて手続いただけますようお願い申し上げます。

記

【提出書類】

１．「診療個人情報の開示（提供）申請書」（**※申請の際には印鑑をご持参ください。**）

２．申請書の確認書類（原本）

①本人の場合：運転免許証、旅券、健康保険証、住民票等

②本人以外の場合：

ア）15 歳以下の場合（原則として親権者）：戸籍謄本または続柄がわかる住民票（原本）申請者の本人確認の資料（運転免許証、健康保険証など）

イ）16 歳以上で本人の意思表示ができない場合（親族；原則として、配偶者、子、親、兄弟姉妹）：戸籍謄本または続柄がわかる住民票（原本）、本人の同意書（原本）、申請者の本人確認資料（運転免許証、健康保険証など）

ウ）成年被後見人の場合：戸籍謄本または続柄がわかる住民票（原本）申請者の本人確認の資料（運転免許証、健康保険証など）および資格を有することを証明する書類

エ）上記以外の場合：申請者であることを証明する書類（運転免許証など）および本人の同意書（様式任意）

【所定費用】

１．書面の写し

①診療録の写し	１枚につき	５５円（税込）
②画像の写し（CD-R）	１枚につき	２，２００円（税込）

２．閲覧

診療録等閲覧費用（30 分：5,500 円（税込）、以降 30 分毎に 5,500 円（税込）加算）

※診療個人情報の提供につきましては下記事由により、全部又は一部を提供出来ない場合がございます。

①診療個人情報の提供が、第三者の利益を害するおそれがあるとき

②診療個人情報の提供が、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき

以上