|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院長 | 事務部長 | 医事課長 | 医事課 | 担当者 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

（様式１）

**診療情報開示申請書**

申請日　　　　　　年　　　月　　　日

新潟大学医歯学総合病院長　殿

【申請者】

〒　　　　－

住所

　　　　　　　　　　　㊞　　男　・　女

生年月日　　　　年　　　月　　　日生

電話番号　（　　　　）　　　　－

下記のとおり，私自身の診療に関する情報の開示を受けたいので申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 情報の開示を受けたい内容（該当するものに☑） | □１．診療録 　年　　　月　　　日　～ 年　　　月　　　日□　看護記録不要□２．検査記録 　年　　　月　　　日　～ 年　　　月　　　日□３．画像記録 　年　　　月　　　日　～ 年　　　月　　　日□４． 　年　　　月　　　日　～ 年　　　月　　　日 　年　　　月　　　日　～ 年　　　月　　　日 　年　　　月　　　日　～ 年　　　月　　　日 |
| ※代理人が申請する場合 | 患者 | 　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　　月　　　日生 |
| 患者住所連 絡 先 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　）　　　－　　　　 |
| 代理人が申請する理由（該当するものに○） | 未成年者［15歳未満・15歳以上（同意の有・無）］・被後見人・弁護士・保険会社等同意の無い場合の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 開示方法希望（該当するものに○） | １．複写の交付　　２．閲覧［同席者無・有（　　　　　　　　　　：続柄　　）］ |

※裏面をご確認ください。

【病院側確認事項欄】※下記は記入不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認書類受診券の他に右の書類で確認 | 顔写真付身分証等：□運転免許証　　□パスポート　　□障害者手帳　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 代理申請追加確認：□戸籍謄本　　□同意書・委任状（1年以内に記載のもの）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 管理番号 |  | 確認者 |  |
| 備考 |  |

※情報の開示を受けたい内容について

診療録とは，

1.診療を受けた方の住所、氏名、性別及び年齢

2.病名及び主要症状

3.治療方法（処方及び処置）

4.診療の年月日

以上の内容です。

　当院における診療録とは「電子カルテに記載の経過記録」及び「過去紙カルテ」を示します。

「情報の開示を受けたい内容」の１～３以外の記録等の開示を希望される場合は４に記入してください。

例：退院サマリ（入院総括），手術記録，麻酔記録，同意書，紹介状（診療情報提供書）等

　確認書類の例

　　**1.顔写真付身分証（現在有効な物）の例**

　　　運転免許証，運転経歴証明書，旅券（パスポート），身体障害者手帳，精神障害者保護福祉手帳，療育手帳，特別永住者証明書，在留カード

写真付学生証，写真付身分証明書，写真付社員証，写真付資格証明書

（氏名及び生年月日又は住所が記載されている物に限る）

国又は地方公共団体の機関が発行した身分証明書

　　**2.顔写真付身分証を準備できない場合は以下の内から2点で確認する**

　　**・現在有効な被保険者証等**

公的医療保険の被保険者証，年金手帳，児童扶養手当証書，特別児童扶養手当証書

学生証（写真なし），身分証明書（写真なし），資格証明書（写真なし）

　　（氏名及び生年月日又は住所が記載されている物に限る）

**・最新の領収書等**

国税，地方税，社会保険料，公共料金の領収書，納税証明書

源泉徴収票，支払通知書，特定口座年間取引報告書

　　**・市区町村から交付を受ける証明書等**

印鑑登録証明書，戸籍の附票の写し（※）（謄本若しくは抄本も可），住民票の写し（※），住民票記載事項証明書

※写しとは，市区町村から交付を受けた書類そのものをいいます。コピー機等で複写したものでは受付できません。住所等の記載事項が他の証明書等と違うものでは受付できません。

その他ご不明な点は申請の際にお問い合わせください。