

診療情報の提供（カルテ開示）について

令和5年10月10日

◎開示申請ができる方

- ・患者本人
- ・患者本人の配偶者、法定相続人、配偶者又は法定相続人の法定代理人
- ・ご遺族（患者本人の配偶者、法定相続人、配偶者又は法定相続人の法定代理人）
- ・代理人弁護士
- ・保険会社

◎必要書類

- ・身分証明書の写し（運転免許証等）
- ・患者との関係を証明する書類（発行日より3ヶ月以内の原本）
- ・同意書、委任状

※患者さんとの関係性により必要書類が変わります。

◎診療情報の提供までの流れ

来院の場合（申請/提供 2回当院に来院）

- ・必要書類を持参の上ご来院ください。
- ・来院後、診療情報開示申請書を記載していただきます。
- ・提供準備完了後、こちらより申請書に記載の電話番号へ連絡させていただきます。
（診療情報開示申請書提出から2週間程度）
- ・来院後、ご本人確認と料金支払い確認次第、提供となります。

郵送の場合（原則、提供時1回当院に来院）

- ・お手元に必要書類を準備いただき、下記問い合わせ先までご連絡ください。
詳細について説明致します。
- ・必要書類を下記郵送先宛てにご郵送ください。
- ・提供準備完了後、こちらより申請書に記載の電話番号へ連絡させていただきます。
（書類受取りから2週間程度）
- ・来院後、ご本人確認と料金支払い確認次第、提供となります。

備考

お問い合わせの際は「カルテ開示」とお申し出ください。

【問い合わせ先】

医療情報管室 診療録担当

T E L : 0569-22-9881（内線：3450）

対応時間：平日 9：00～17：00（土日祝日・年末年始を除く）

診療情報開示申請書

年 月 日

半田市立半田病院長殿

住所 _____

申請者 氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話 _____

私は下記のとおり診療情報の開示を申請します。

診療情報内容			
開示の方法	1. 謄写（写しの交付）	2. 閲覧	
患者本人の氏名等 (申請者が患者本人の場合は記載する必要はありません)	フリガナ 氏名 _____	生年月日 _____	年 月 日
	住所 _____		
	電話 _____		
患者本人の状況	<input type="checkbox"/> 18歳以上	<input type="checkbox"/> 成年被後見人	
	<input type="checkbox"/> 18歳未満	<input type="checkbox"/> 死亡	
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		
申請者の区分	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 法定相続人
	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

1. 申請の際は、申請者本人であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類の原本を提示してください。
2. 代理人による請求の場合は、1の書類のほか、代理権を証明する書類の原本を提示してください。
3. 申請者の付き添いとして開示の場所に同席をする同席者も申請者と同様、本人確認証明書と資格証明書類を提示してください。
4. 本人確認証明書、本人確認資格証明書、代理権を証明する書類等は、1部写しをいただきますのでご了承ください。
5. 患者本人の同意が必要となる場合は、別紙「診療情報開示についての同意書」を提出してください。

※ 事務局 処理欄	申請者本人 確認欄	① 運転免許証	② 健康保険証	③ 旅券	④ その他 (_____)
	申請者資格 確認欄	① 戸籍謄本	② 住民票	③ その他 (_____)	
	患者ID				

医療情報管理室

申請書受付者 _____

記入例

診療情報開示申請書



年 月 日

半田市立半田病院長殿

申請者

当院からご連絡しても差し支えない番号をご記入ください。

住所

氏名

生年月日

年

月

日

電話

私は下記のとおり診療情報の開示を申請します。

記入例

- ・全ての診療録の写し（画像要）
- ・〇〇年〇〇月〇〇日以降全ての診療録の写し（画像不要）
- ・〇〇年〇〇月〇〇日～△△年△△月△△日の診療録の写し（画像不要）等

診療情報内容

開示の方法

1. 謄写（写しの交付）

2. 閲覧

患者本人の
氏名等フリガナ
氏名

生年月日

年 月 日

住所

電話

必要に応じて記載のご案内をさせていただきます。

本人の状況

- 18歳以上
 18歳未満
 その他（ ）

- 成年被後見人
 死亡

申請者の区分

- 本人 配偶者 法定相続人
 法定代理人 その他（ ）

該当項目にシ点をお願いします

であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類の原本を提示してください。
は、1の書類のほか、代理権を証明する書類の原本を提示してください。

3. 申請者の付き添いとして開示の場所に同席をする同席者も申請者と同様、本人確認証明書と資格証明書類を提示してください。
4. 本人確認証明書、本人確認資格証明書、代理権を証明する書類等は、1部写しをいただきますのでご了承ください。
5. 患者本人の同意が必要となる場合は、別紙「診療情報開示についての同意書」を提出してください。

※ 事務局 処理欄	申請者本人 確認欄	① 運転免許証 ② 健康保険証 ③ 旅券 ④ その他（ ）
	申請者資格 確認欄	① 戸籍謄本 ② 住民票 ③ その他（ ）
	患者ID	

医療情報管理室

申請書受付者