（第２号様式　患者様本人以外からの申請用）

診療記録開示申請書及び同意書

年　　月　　日

大阪公立大学医学部附属病院
病院長　様

（申請者）

住　　所	〒	
フ リ ガ ナ		患者との関係
氏　　名 （ 署 名 ）		
連 絡 先	（　　）　　—	

以下のとおり診療記録の開示を申請します。
尚、申請に係る費用等については診療記録開示料金表の説明により理解し、遅滞なく支払することに同意します。
また、患者様ご本人に開示申請についてお問い合わせすることに同意します。

フ リ ガ ナ 患 者 氏 名		ID	—　　—
生 年 月 日	年　　月　　日（　　）歳		
開 示 希 望 診 療 科	1　診療を受けた全ての科 2　次の診療科（指定された診療科以外でも、関連診療科は開示対象とします） 科　　科　　科		
開示を希望する 期 間	（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） 全て・一部　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）		
紙 カ ル テ (2007年4月30日以前)	1　外来診療に関する記録 2　入院診療に関する記録		
電 子 カ ル テ 修 正 履 歴	要　・　不要	※修正履歴 一旦確定した診療録等を更新等した場合の履歴情報	
画 像 情 報	放射線画像 要　・　不要 自科検査画像 要　・　不要	※画像情報は電子記録媒体に出力してお渡しします。 ※特定する画像が必要な場合は、下記に記載してください。 特定の画像：　放射線画像　・　自科検査画像 【　　】	
開 示 方 法	紙　カ　ル　テ	1　閲覧　　2　複写	
	電　子　カ　ル　テ	3　印刷　　4　電子記録媒体［ 全て ・ 画像のみ ・ カルテのみ ］	
開 示 記 録 の 引 き 取 り 方 法	1　来院　　2　郵送		

【事務担当者記載欄】　　受理日付：　　年　　月　　日

申　請　者 確 認 書 類	1　個人番号カード　2　運転免許証　3　パスポート　4　健康保険被保険者証 5　委任状　6　住民票　7　戸籍謄本　8　除籍謄本 9　その他（　　）

・診療情報　開示項目一覧表

・	患者基本情報（氏名・生年月日等）
・	病名
・	診療経過記録
・	血液検査
・	尿検査
・	細菌検査
・	放射線検査
・	内視鏡検査
・	病理検査
・	その他の検査
・	眼科レポート
・	麻酔記録
・	手術記録
・	サマリー（入院状況を要約したもの）
・	看護記録
・	看護プロファイル（看護上必要な患者情報、最終更新分のみ記載）
・	救急・ICU・CCU・HCU・NICU 経過記録
・	診断書・証明書・同意書
・	紹介状（当院から他院へ）
・	画像情報（放射線画像・自科検査画像）

・診療記録開示料金表

種　　別				金　　額
電子カルテ	紙　出力	白黒	Ａ４	２２ 円/ 枚（片面）
		カラー	Ａ４・Ａ３	１１０円/ 枚（片面）
	電子記録媒体出力(CD-R)			１，１００円/ 枚
紙カルテ	複　　写	白黒	Ａ４・Ａ３	２２ 円/ 枚（片面）
		カラー	Ａ４・Ａ３	１１０円/ 枚（片面）
放射線画像	電子記録媒体出力(CD-R)			１，１００円/ 枚
自科検査画像	電子記録媒体出力(CD-R)			１，１００円/ 枚

※ 画像情報(放射線画像・自科検査画像)は、それぞれ別の電子記録媒体にて出力されます。

※ 郵送で開示を行う場合は、着払いにて送付します。

・診療記録開示について

◆紙カルテと電子カルテ

当院では、平成１９年５月１日より、電子カルテを導入しております。平成１９年４月３０日までの診療記録の開示は紙カルテの閲覧や紙カルテのコピー（白黒）をお渡しします。平成１９年５月１日以降の診療記録の開示は、診療記録の印刷（白黒）または電子記録媒体(CD-R) への出力を行います。

＊電子カルテの印刷・出力は PDF 形式または画像形式となります。
＊紙カルテのコピーと、電子カルテの印刷形式は全く異なります。
＊開示範囲は申請日より以前の記録のみとなります。

◆当院で開示する電子カルテ診療記録について

電子カルテ内にある申請期間内のすべての診療記録の出力となります。
診療記録の内容については申請書裏面の「診療情報　開示項目一覧表」をご覧ください。

◆画像情報について

画像情報は、次の方法で開示します。

○　申請期間内のすべての放射線画像および自科検査画像のデータを電子記録媒体(CD-R)に出力します。
○　特定の画像を希望する場合は、撮影日または検査種別を単位として出力します。

◆他施設の記録について

当院の記録のみ開示しますので、他施設からの紹介状や、検査結果等は開示対象に含みません。他施設記録の開示は、他施設にお問い合わせください。

◆開示手続き

当院に来院のうえ、所定の様式に必要事項を記載していただきます。
申請する方の本人証明ができる書類（運転免許証、パスポートなど原本確認を行い、複写させていただきます）と、申請する方が患者様ご本人でない場合には、患者様からの委任状、患者様との関係を証明する書類（原本）などが必要です。

なお、開示決定の通知後３ヶ月を経過しても記録の受け取り、もしくは開示費用の振込みをされない場合は、開示決定を取り消します。

◆開示書類の受取について

開示が決定した場合は、当院より郵送する診療記録開示決定通知書と、申請時と同様に本人確認ができる書類を再度お持ちください。これらの書類を提示されなかった場合、又は申請者以外の方が来院された場合は、お引渡しできませんのでご注意ください。

◆開示できない場合

次の項目に該当する場合、カルテの一部または全部を開示できない場合があります。

（１）診療記録を開示することにより、治療効果等への悪影響が懸念されると主治医が認める場合
（２）患者本人及び当院の医療従事者等の第三者以外が識別されることにより権利利益を損なうおそれがある場合
　　＊当院以外の第三者情報には、マスキングして開示する場合があります。
（３）患者本人以外からの申請があった場合で、患者本人が不開示の意思を表明している場合又は
　　開示することにより患者本人の利益に反すると認められるとき
（４）診療記録の開示を不適当とする相当な事由が存するとき
（５）診療記録の保管期限の超過等により既に診療記録が存在しない場合

◆開示費用について

紙カルテコピー、電子カルテ記録の印刷、電子記録媒体出力には「診療記録開示料金表」の費用がかかります。

○　来院でのお支払いは、病院１階の自動精算機でお支払い後、総合案内にお越しください。その際、カルテ開示の引き取りの旨をお伝えください。
○　郵送でのお支払いは、請求書記載の口座までお振り込みをお願いいたします。入金確認後、開示物を発送いたします。

問い合わせ

〒545-8586　大阪市阿倍野区旭町 1-5-7
大阪公立大学医学部附属病院　医療情報課　診療情報管理担当　カルテ開示担当者
宛 TEL：06-6645-2952（受付時間：平日 9:00～17:00）

（第２号様式　患者様本人以外からの申請用）

見本《赤字の欄にご記入ください》

診療記録開示申請書及び同意書

2023 年 10 月 1 日

大阪公立大学医学部附属病院
病院長　様

申請者が代理人弁護士の場合
・住所には、住所と事務所名をご記入ください。
・氏名欄には氏名のみを申請者ご本人がご記入ください。

（申請者）

住　所	〒 545-8586 大阪市阿倍野区旭町 1-5-7	
フリガナ	オオサカ　ハナコ	患者との関係
氏　名 （署名）	大 阪　花 子	長 女
連絡先	（ 06 ）　6645 — 2952	

以下のとおり診療記録の開示を申請します。
尚、申請に係る費用等については診療記録開示料金表の説明により理解し、遅滞なく支払することに同意します。
また、患者様ご本人に開示申請についてお問い合わせすることに同意します。

フリガナ 患者氏名	オオサカ　タロウ 大 阪　太 郎	ID	01 — 234 — 567
生年月日	1963 年　10 月　1 日（　60　）歳		
開示希望診療科	(1) 診療を受けた全ての科 2　次の診療科（指定された診療科以外でも、関連診療科は開示対象とします） 形成外科　科　消化器内科　科　科		
開示を希望する期間	（　年　月　日～　年　月　日） (全て)・一部（　年　月　日～　年　月　日）		
紙カルテ (2007 年 4 月 30 日以前)	(1)　外来診療に関する記録 2　入院診療に関する記録		
電子カルテ修正履歴	要・(不要)	※修正履歴 一旦確定した診療録等を更新等した場合の履歴情報	
画像情報	放射線画像 (要)・不要 自科検査画像 要・(不要)	※画像情報は電子記録媒体に出力してお渡しします。 ※特定する画像が必要な場合は、下記に記載してください。 特定の画像：　放射線画像　・　自科検査画像 【　】	
開示方法	紙カルテ	1　閲覧　(2)　複写	
	電子カルテ	3　印刷　(4)　電子記録媒体［(全て)・画像のみ・カルテのみ］	
開示記録の引き取り方法	1　来院　(2)　郵送		

【事務担当者記載欄】　受理日付：　年　月　日

申請者確認書類	1　個人番号カード　2　運転免許証　3　パスポート　4　健康保険被保険者証 5　委任状　6　住民票　7　戸籍謄本　8　除籍謄本 9　その他（　）