

診療情報開示請求について

<開示を求めることができる方>

1. 患者本人。
2. 患者が未成年者若しくは成年被後見人である場合は、その親権者、または法定代理人。ただし、患者本人が満15歳以上の未成年者については、場合によっては本人のみとする。
3. 患者本人が請求及び閲覧不可能な状態にある場合は、現実には患者の世話をしている三親等以内の親族及びそれに準ずる者。ただし、意思能力があると認められる患者からは、患者本人の同意を必要とする。
4. 患者本人が亡くなっている場合には、三親等以内の親族及びそれに準ずる者。ただし、患者本人がそれらの人に開示することを同意していないことが確認された場合を除く。

<開示までのながれ>

下記の【開示請求に必要な書類】をご用意頂き、当院診療情報管理課まで持参または郵送して下さい。持参される場合は、総合案内へお越し下さい。書類を受理してから開示までは約2週間の期間を要します。

また、開示費用につきましては、裏面の【開示料金表】の通りとなります。

※ 患者さまご本人や第三者の利益を損なうおそれがあるときは、開示を行えない場合がありますので、予めご了承ください。

【開示請求に必要な書類】

①「保有個人情報開示請求書」(別紙) 記入例をご確認頂き内容を記載して下さい。

②「診療記録開示請求希望届出書」(別紙) 記入例をご確認頂き内容を記載して下さい。

③ 開示請求者確認書類(身分証明書のコピー)

開示請求者様の確認書類として公的機関発行の身分証明書をご用意下さい。

例) 自動車運転免許証・健康保険被保険者証・個人番号カード・年金手帳 等

※郵送で開示請求される場合:

上記身分証明書のコピーと併せて、開示請求者様の住民票をご提出ください。

※開示請求者と開示する診療情報対象者が異なる場合(本人以外の開示請求の場合)

請求者と開示対象者の関係が確認できる公的な書類をご提出ください。

例) 戸籍謄本・住民票謄本、健康保険の被保険者証等、法定代理人又は親族である旨を確認できる証明書類

【診療情報開示対応窓口】

〒047-8550 小樽市若松1丁目1番1号

TEL (0134) 25-1211

小樽市立病院 診療情報管理課

【開示料金表】

①A3 までのモノクロコピー	1 枚	10 円（消費税込み）
②A3 までのカラーコピー	1 枚	50 円（消費税込み）
③フィルムコピー	1 枚	540 円（消費税込み）
④面談	30 分ごと	5,400 円（消費税込み）
⑤要約料	1 件	5,400 円（消費税込み）
⑥C D－R	1 枚	1,080 円（消費税込み）
⑦送料		実費（消費税込み）
⑧その他実費相当額		

記入例



太線で囲った部分について必ずご記入ください。
点線部分については、対象となる方はご記入ください。

様式第4号（第6条関係）

（表面）

請求年月日をご記入ください。

保有個人情報開示請求書

年 月 日

（実施機関）

小樽市立病院

請求者

郵便番号 047 - 8550

住 所 小樽市若松1-1-1

氏 名 小樽 太郎

電話番号 0134 - 25 - 1211

小樽市個人情報保護条例第17条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

保有個人情報 が記録されて いる公文書の 名称又は内 容	診療記録（詳細は別紙「診療記録開示請求希望届出書」参照）	
開示の方法	☒ 閲覧 ☐ 視聴 ☐ 写しの交付（ ☐ 郵送等希望）	
本人の住所 及び氏名 ※ 本人に代わって代理人が請 求する場合に記入してくだ さい。	住所	電話番号 — —
	氏名	開示請求者と開示対象者が異 なる場合はご記載ください。
請求者区分	☐ 本人 ☐ 法定代理人（ ☐ 未成年者 ☐ 成年被後見人 ☐ その他（ ）） ☐ 委任を受けた代理人 本人に代わって開示請求をする理由 ☐ 入院 ☐ 外国出張等 ☐ 身体の障害等 ☐ その他（ ） ☐ 故人の相続人等（上記の欄に故人の氏名及び死亡当時の住所を記入してください。） 開示請求をする理由 （ ）	
備 考		
	受 付 印	

診療記録開示請求希望届出書

開示を受けたい患者	(フリガナ) オタル タロウ 氏 名 小 樽 太 郎	
	生年月日 1980 年 11 月 11 日	
診療科等	※1	内 科 入院中・通院中・その他 ()
開示を希望する記録 等及び希望開示方法	※2	診療録 (閲覧・複写・要約書)
		検査記録・成績表 (閱 覧 ・ 複 写)
		X線写真 (閱 覧 ・ 複 写)
		C T、MR I 画像等 (閱 覧 ・ 複 写)
		その他 (閱 覧 ・ 複 写)
備 考		

※1：該当する診療科を記載し、通院状況等に○(マル)を付けてください。

※2：必要な記録等の種類に○(マル)を付けてください。

期間等の指定がある場合には、備考欄に記載ください。

様式第4号 (第6条関係)

(表面)

保有個人情報開示請求書

年 月 日

(実施機関)

小樽市立病院

郵便番号

住所

請求者

氏 名 _____

電話番号 — —

小樽市個人情報保護条例第 17 条第 1 項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

保有個人情報 が記録されてい る公文書の名称 又は内容	診療記録(詳細は別紙「診療記録開示請求希望届出書」参照)	
開示の方法	☐ 閲覧 ☐ 視聴 ☐ 写しの交付 (☐ 郵送等希望)	
本人の住所 及び氏名 ※ 本人に代わって代理人が請 求する場合に記入してくださ い。	住所	電話番号 — —
	氏名	
請求者区分	☐ 本人 ☐ 法定代理人 (☐ 未成年者 ☐ 成年被後見人 ☐ その他 ()) ☐ 委任を受けた代理人 本人に代わって開示請求をする理由 ☐ 入院 ☐ 外国出張等 ☐ 身体の障害等 ☐ その他 () ☐ 故人の相続人等 (上記の欄に故人の氏名及び死亡当時の住所を記入してください。) 開示請求をする理由 ()	
備考		受付印

(裏面)

- 注 1 該当する□欄にレ印を記入してください。
- 2 開示請求に際しては、本人又は代理人自身であることを証明する書類などを提示し、又は提出してください。
- 3 代理人又は故人の相続人等による開示請求の場合は、戸籍謄本、委任状（印鑑登録証明書の添付があるもの）などその資格を証明する書類を提示し、又は提出してください。
- 4 下記の欄は、記入しないでください。

本人確認	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ パスポート ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 預金通帳 ☐ その他（ ）
資格確認	☐ 戸籍謄本 ☐ 成年後見登記事項証明書 ☐ 委任状（印鑑登録証明書付き） ☐ その他（ ）
所管課	小樽市立病院 事務部 診療情報管理課 電話番号 0134-25-1211（内線 ）
備考	

診療記録開示請求希望届出書

開示を受けたい患者	(フリガナ) 氏 名
	生年月日 年 月 日
診療科等	科 入院中・通院中・その他 ()
開示を希望する記録 等及び希望開示方法	診療録 (閲 覧 ・ 複 写 ・ 要 約 書)
	検査記録・成績表 (閲 覧 ・ 複 写)
	X線写真 (閲 覧 ・ 複 写)
	C T、MR I 画像等 (閲 覧 ・ 複 写)
	その他 (閲 覧 ・ 複 写)
備 考	