

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】をご用意いただき、当院診療情報管理課まで持参または郵送してください。持参される場合は、総合案内へお越しくください。書類を受理した翌日から開示決定までは**約2週間の期間**を要し、開示・不開示を決定します。決定後に請求書を郵送し、ご入金確認後に開示資料を送付いたします。直接当院にてご入金の場合は同日に開示資料を手交いたします。

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（様式第2号）」（別紙） 記入例をご確認頂き内容を記載してください。

故人の場合「死者情報開示請求書（様式第3号）」（別紙）

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ください。

③ 開示請求者確認書類

開示請求者様の確認書類として次の公的機関発行の証明書をご用意ください。

申請者	必要書類	30日以内に作成されたもの				郵送で資料を受け取る場合 住民票
		本人確認書類 (患者分)	本人確認書類 (申請者分)	続柄を証明する 書類 (戸籍謄本など)	委任状 (印鑑登録証 明書付き)	
1. 患者本人が申請する場合	●					●
2. 患者さんの委任を得た方	●		● ※患者分	●		●
3. 法律事務所などの代理請求の方	●	●		●		●
4. 未成年の親権者・後見人などの法的代理人の方 ※患者さんご本人が満15歳以上の未成年者については、場合により患者さんご本人のみとする。	●	●		●	● ※法定代理人の方のみ	●
5. ご遺族（三親等まで）		●	● ※患者分			●

- ・本人確認書類・・・運転免許証・マイナンバーカード（郵送の場合裏面のコピーは不要）などをお持ちください。
 - ・続柄を証明する書類（複写不可）・・・患者さんのお名前・生年月日と申請者のお名前が載っているもの
例：戸籍謄本・住民票謄本など
 - ・委任状・・・当院の書式以外も可。委任者の実印を押印し、印鑑登録証明書を併せて添付ください
- ※ 続柄を証明する書類・委任状・公正証書は30日以内に作成されたものを提示または提出してください。

※郵送での開示資料の受け取りをご希望の場合：

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（複写不可）をご提出ください。
返還希望の場合はその旨をお伝えください。

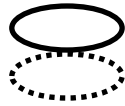
【診療情報開示対応窓口】

〒047-8550 小樽市若松1丁目1番1号
TEL (0134) 25-1211 (内線 1021・1022・1023)
小樽市立病院 事務部 医事統括室 診療情報グループ

【開示料金表（消費税込み）】

①A3までのモノクロコピー（片面）	1枚	10円
②A3までのカラーコピー（片面） ※カラーコピーご希望の場合はお申し付けください	1枚	50円
③CD-R	1枚	1,100円
④送料		実費
⑤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2号（第5条関係）

（表面）

保有個人情報開示請求書

請求年月日をご記入ください。

令和 年 月 日

（実施機関）

小樽市立病院

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**

請求者

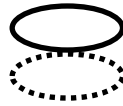
本人以外が請求する場合は
委任を受けた代理人のお名前をご
記入下さい。

個人情報の保護に関する法律第77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）	
希望する開 示の実施方 法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送希望）	
本人の住所 及び氏名 （代理人請 求の場合）	住所	—
	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。
請求者の区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人（ <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人） <input type="checkbox"/> 本人の委任による代理人	
窓口で開示を 希望する日	<input type="checkbox"/> 市の担当者から開示決定の連絡を受けた際に伝える日 <input type="checkbox"/> 保有個人情報開示実施方法等申出書に記載する日	
備 考		

- 注 1 該当する□欄にレ印を記入し、又は□欄を■としてください。
 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 代理人による開示請求の場合は、戸籍謄本、委任状（実印を押印し、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（30日以内に作成されたもの）を提示し、又は提出してください。
 4 裏面は、記入しないでください。

記入例（相続人の場合）



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3号（第4条関係）

（表面）

請求年月日をご記入ください。

死者情報開示請求書

令和 年 月 日

（実施機関）

小樽市立病院

郵便番号 047-8550

住所 小樽市若松1-1-1

請求者

氏名 小樽 花子

電話番号 0134-25-1211

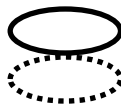
小樽市死者情報の開示等に関する条例第2条第3項において準用する個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり死者情報の開示を請求します。

死者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）		
希望する開示の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送希望）		
亡くなった方の最後の住所及び氏名	住所	小樽市若松1-1-1	
	氏名	小樽 太郎	
上記の方と相続人等との関係	上記の方の 妻		
委任した相続人等の住所及び氏名（代理人請求の場合）	住所	電話番号 — —	
	氏名		
窓口で開示を希望する日	<input type="checkbox"/> 市の担当者から開示決定の連絡を受けた際に伝える日		受付印
	<input type="checkbox"/> 死者情報開示実施方法等申出書に記載する日		

- 注 1 該当する□欄にレ印を記入し、又は□欄を■としてください。
 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及び戸籍謄本など亡くなった方の相続人等であることを証明する書類を提示し、又は提出してください。
 3 代理人による開示請求の場合は、委任状（実印を押印し、印鑑登録証明書の添付があるもので、30日以内に作成されたもの）を提出してください。
 4 裏面は、記入しないでください。

記入例（委任を受けた
代理人の場合）

様式第3号（第4条関係）



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。

(表面)

死者情報開示請求書

請求年月日をご記入ください。

令和 年 月 日

(実施機関)

小樽市立病院

委任を受けた代理人の方の
お名前をご記入下さい

請求者

郵便番号 047-8550

住所 小樽市南樽1-1-1

氏名 OO法律事務所

電話番号 0134-25-1211

小樽市死者情報の開示等に関する条例第2条第3項において準用する個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり死者情報の開示を請求します。

死者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）	
希望する開示の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送希望）	
亡くなった方の最後の住所及び氏名	住所	小樽市若松1-1-1
	氏名	小樽 太郎
上記の方と相続人等との関係	上記の方の 妻	
委任した相続人等の住所及び氏名（代理人請求の場合）	住所	小樽市若松1-1-1 電話番号 0134-25-1211
	氏名	小樽 花子
窓口で開示を希望する日	<input type="checkbox"/> 市の担当者から開示決定の連絡を受けた際に伝える日	受付印
	<input type="checkbox"/> 死者情報開示実施方法等申出書に記載する日	

- 注 1 該当する□欄にレ印を記入し、又は□欄を■としてください。
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及び戸籍謄本など亡くなった方の相続人等であることを証明する書類を提示し、又は提出してください。
3 代理人による開示請求の場合は、委任状（実印を押印し、印鑑登録証明書の添付があるもので、30日以内に作成されたもの）を提出してください。
4 裏面は、記入しないでください。

診療記録開示請求希望届出書

開示を受けたい患者 (患者本人)	(フリガナ) オタル タロウ
	氏名 小樽 太郎
	生年月日 1980 年 1 月 1 日
開示を希望する診療科	〇〇科
開示を希望する期間	1234 年 1 月 1 日 ~ 1234 年 5 月 5 日 (入院 ・ 外来)
開示を希望する記録	開示を希望するものにチェック☑をご記入ください <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 診察記事 (医師の記録) <input type="checkbox"/> 看護記録 (看護師の記録) <input type="checkbox"/> 部門記録 (リハビリなどの記録) <input type="checkbox"/> 検体検査 (血液検査・尿検査・病理検査など) <input type="checkbox"/> 生理検査 (心電図検査・エコー検査など) <input type="checkbox"/> 画像検査 (X線写真、CT、MRI 画像検査など) <input type="checkbox"/> 画像レポート <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 文書 (同意書・問診票・診断書など) <input type="checkbox"/> その他 () ※チェック☑があっても実施していない項目は発行できませんのでご了承ください。

備考 詳細な開示希望がありましたらご記入ください。

- ・診療科が不明な場合は空欄のままでよいです。
- ・ご希望の開示期間に受診歴がある診療科をすべて開示いたします。
- ・希望する期間の「入院・外来」のご指定がない場合はすべて開示いたします。
- ・画像検査はCD-RまたはDVD-Rでのお渡しとなります。