

## 診 療 記 録 開 示 申 立 書

年 月 日

千葉県精神科医療センター病院長

様

住 所

申立者 氏 名

電話番号

下記のとおり申し立ます。

1 申立に係る診療記録の内容		
2 開示方法の区分 (○で囲んでください)	(1) 診療録等の口頭説明 (2) 診療記録の閲覧 (3) 診療記録の写しの交付	
3 患者本人との関係等 (申立者が患者本人以外の場合に記入ください)	患者本人との関係 (○で囲んでください)	(1) 法定代理人 (2) 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人 (3) 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者 (4) 現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者 (5) 患者が死亡した場合、患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者 (これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む)
	患者本人の氏名	(氏名) (続柄)
	患者本人の住所 及び電話番号	(住所) (電話番号)

(以下は記入しないでください)

※事務局 処理欄	申立者本人 確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 ( )
	申立者資格確認 欄	(1) 戸籍謄本(2)その他 ( )
備 考		

注1 「申立に係る診療記録の内容」欄は、開示の申し立をしようとする診療記録が特定できるよう具体的に記入してください。

2 開示方法の区分の(1) 閲覧とは、職員立会いのもとに診療記録を調べ、読むこと、(2) 写しの交付とは、診療記録のコピーの交付を受けることをいいます。

3 法定代理人による申立ての場合は、申立者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を提出し、または提示してください。また、患者本人(又は患者が満15歳未満の場合の法定代理人)以外の申立ては、患者本人の同意書(任意様式)等、患者本人との関係が確認できる書類を提出してください。

4 「患者本人の住所及び電話番号」欄に記入する住所及び電話番号のほかに、患者本人への連絡先がある場合は、その連絡先も併せて記入してください。

5 ※印欄は、記入しないでください。

精医セ第 号

平成 年 月 日

## 診療記録開示回答書

様

千葉県精神科医療センター病院長

年 月 日で受け付けた診療記録開示の申し立に対して、次のとおり取り扱うことにしましたので通知します。

1 申立に係る診療記録の内容			
2 開示取扱の種類	(1) 全部開示 (2) 一部開示 (3) 不開示		
3 開示方法の区分	(1) 診療録等の口頭説明 (2) 閲覧 (3) 写しの交付		
4 診療記録を開示する日時及び場所	日 時	年 月 日	午前 時 分 午後 時 分
	場 所	千葉県精神科医療センター	
5 開示しない場合の理由とその範囲			
6 事務局(問い合わせ先)	千葉県精神科医療センター事務局医事管理課 担当： 電話番号 043-276-1361		
7 備 考	*診療情報提供に伴うコピー代実費相当額として、診療録等の写しの枚数に10円を乗じた金額を納付いただきます。		

注 当日は、この回答書と申立者本人であることを証明する書類を持参してください。  
又、上記の日時においでになれない場合は、事前に電話等で事務局まで連絡してください。