

## 診療記録等の開示申請書

申請書記載日をご記入下さい。

申請年月日                      年            月            日

済生会熊本病院 院長 中尾 浩一 様

次のとおり、診療記録等の開示を申請いたします。

患者	ID (診察券番号)	
	氏名	( 男 ・ 女 )
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生

①本人に○を付けて下さい。

当院確認欄になります。

患者との 関係	本人	◇ 本人証明
	① 法定代理人	<input type="checkbox"/> 代理人確認書 <small>(様式第 3-1号)</small> <input checked="" type="checkbox"/> 代理人証明 <input checked="" type="checkbox"/> 続柄証明 <input type="checkbox"/> 代理人申請書 <small>(様式第 3-2、3-3号)</small>
	② 患者本人から代理権を与えられた親族等	
	③ 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人	
	④ 現実に患者の世話をしている親族およびこれに準ずる縁故者	
⑤ 法定相続人		

①:患者本人が未成年者の場合に限る。 ④:患者本人が成人で判断能力がない場合に限る。

申請者	氏名	
	<div> <p>患者さん本人の情報をご記入下さい（法律事務所、保険会社の方の情報ではありません）。</p> </div>	
		<div> <p>月 日生</p> </div>
	連絡先①	（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ）
	連絡先②	（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ）
	患者との関係	

※下記の《診療記録の利用にあたる注意事項》を確認され、その内容についてご理解のうえ申請者欄にご署名ください。

開示を希望する期間や記録の種類などを記入して下さい。

開示希望内容	○○年○月○日 ～○○年○月○日 (必要な期間)  画像(DVD)の要不要など	開示希望日 <small>※口頭での説明が必要な場合</small>	第1希望	年	月	日
			第2希望	年	月	日
			第3希望	年	月	日

※ 口頭での説明が必要な場合、開示には主治医が同伴致します。日程はご希望に添えない場合もございますのでご了承下さい。

## 《診療記録の利用にあたる注意事項》

- ① [診療記録の所有権について] 診療記録全てに関しては社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院(以下、「甲」という)が著作権診療記録の所有権を有する。開示申請者(以下「乙」という)が全ての形式・方法による引用・配布等を行う場合は甲の承諾を必要とする。
- ② [禁止事項] 診療記録の利用に際して、次の行為を禁止する。・法令に違反する行為及び違反する行為を幫助・勧誘・強制・助長する行為・甲の運営を妨害する行為、甲が不適切であると判断する行為・他人の名誉、社会的信用、プライバシー、肖像権、パブリシティ権、著作権診療記録の所有権、その他の知的財産権、その他の権利を侵害する行為(法令で定めたもの及び判例上認められたもの全てを含む)・公序良俗、一般常識に反する行為・その他上記に準じる行為
- ③ [免責事項] 甲は乙に診療記録を提供するにあたり、事前に第三者の利益を害する恐れがないか、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがないか、医療従事者の守秘義務に反していないかという事項について充分配慮し、慎重に確認手続きを行うが、所定の手続きを行った上で引き起こされた乙の損害について、直接的又は間接的な損害を問わず甲は一切責任を負わない。

〈病院使用欄〉

[illegible]