

保有個人情報（診療記録）開示請求書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

国立研究開発法人国立成育医療研究センター理事長 殿

(ふりがな)

請求者氏名 成育 太郎

住所又は居所

〒157-0073

東京都世田谷区大蔵×-×-×

連絡可能なTEL 03 (1234) 5678

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第13条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報（診療記録）の開示を請求します。

1 開示を請求する診療記録（別表より〇を付して選択して下さい。）

※請求者が患者本人でない場合は、患者氏名及びIDを必ずご記入ください。

患者氏名：成育 花子

患者ID：1234-5678-9（IDが不明の場合は生年月日： 年 月 日）

① 別表に定める全て ② A・B（成育）

③ C・D（小児病院） ④ E・F（大蔵病院）

対象期間 ① △△年 △△月 △△日～ ◇◇年 ◇◇月 ◇◇日 ② 初診日から最終受診日まで

2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。窓口で開示請求をした方のみ）

①又は②に〇印を付してください。①を選択した場合、実施の方法及び希望日を記載して下さい。

(送付による開示請求をした方は「窓口における開示」のみとなります。)

① 窓口における開示の実施を希望する。

<実施の方法> 閲覧 写しの交付（説明有） 写しの交付（説明無） その他（ ）

<実施の希望日> 平成 年 月 日（ご希望に添えない場合があります。）

② 写しの送付を希望する。

3 本人確認等

① 開示請求者（患者との関係） 本人 法定代理人

② 請求者本人確認書類

運転免許証 健康保険被保険者証 在留カード 住民基本台帳カードその他（ ）

※加えて住民票の写しを添付してください。

③ 本人の状況等（こちらは、本人以外の方が請求する場合にのみ記載してください。本人の年齢が15歳以上の場合は本人の同意を得た上、本人の署名をお願いします。

(ア) 本人の状況 未成年者（平成▽▽年▽▽月▽▽日生） 成年被後見人

(ふりがな)

(イ) 本人の氏名 (←本人が15歳以上の場合は、本人の自署で)

(ウ) 本人の住所又は居所 東京都世田谷区大蔵×-×-×

④ 本人以外が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。

請求資格確認書類 戸籍謄本 登記事項証明書 その他（ ）

4 手数料（開示請求手数料の他に開示実施手数料（複写料金等）の実費をご負担いただきますので、予めご了承下さい。別途消費税がかかります。）

※ 主な実費の料金内訳：A4用紙複写（片面）10円（両面印刷は1枚20円）、X線写真等の画像（CD-R）1枚1,000円、口頭説明（30分）5,000円（1時間）10,000円

開示請求手数料 (5,000円) + 税

(請求受付印)

診療記録の開示請求にかかる別表

ア. 国立研究開発法人国立成育医療研究センター（国立成育医療センターを含む）の診療記録

A	1	1号用紙	患者基本情報、保険の種別等
	2	病名	病名の一覧
	3	サマリ	診療要約
	4	患者プロフィール	問診票から転記した情報（既往歴など）
	5	診療経過記録	診療経過の記録（規程第2条3号に列記のもの）
	6	指示実施一覧	医師の指示、実施についての一覧
	7	看護計画	
	8	経過表	入院中の体温、血圧、脈拍などの経過表
	9	看護プロフィール	
	10	指示簿指示	
	11	レポート一覧	レポートの一覧表
	12	服薬指導レポート	服薬指導についてのレポート
	13	病理検査レポート	病理検査の結果、所見
	14	放射線レポート	放射線の検査結果、所見
	15	内視鏡検査レポート	内視鏡検査の結果、所見
	16	生理検査レポート	心電図検査や脳波検査などの結果、所見
	17	検診レポート	血液、尿検査などの結果
B	画像ファイル（CD-R）	X線、CT、MRIなどの画像	

イ. 国立小児病院の診療記録

C	外来診療録	外来にかかる診療録、検査結果
D	入院診療録	入院にかかる診療録、検査結果

ウ. 国立大蔵病院の診療記録

E	外来診療録	外来にかかる診療録、検査結果
F	入院診療録	入院にかかる診療録、検査結果

※選択していただいた診療記録がない場合又は保管されていない場合は開示できませんので、予めご了承下さい。

※第三者から提供された文書（他院からの紹介状など）や空白ページは開示対象外となりますので除外します。予めご了承下さい。