

患者番号	
氏 名	
性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生

年 月 日

住所

氏 名

印

電話番号

開示を受けたい 内 容 ※	(1) 診療録 (年 月 日～ 年 月 日) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 []				
	(2) X線画像等 (年 月 日～ 年 月 日) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 []				
	(3) 看護記録 (年 月 日～ 年 月 日) 超音波画像を希望する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> []				
患者から見た申請 者との関係※	1. 本人 2. (親権者・未成年/成年被後見人の)法定代理人(続柄:) 3. 任意代理人(続柄:) 4. 遺族(続柄:)				
法定代理人等が 開示請求する場合	※患者の状況	未成年者	15歳未満		成年被後見人
			15歳以上	同意の 有 ・ 無	
患者の住所 <small>申請者と同一の場合は、記入不要 です</small>					
必要書類	1. 法定代理人 戸籍謄本(抄本) / 住民票 / その他法定代理人関係を確認しうる書類				
	2. 任意代理人 登記事項証明書 / 公正証書 / 戸籍謄本				
	3. 遺族 戸籍謄本(患者が亡くなったことがわかるもの/患者との間柄を示す書類)				
※ 希 望 す る 開 示 の 方 法		(1) 閲 覧 (2) 写 し <input type="checkbox"/> 電磁的記録を 用紙に出力			

注5 患者の相続人等であることを証する書類(戸籍謄本など)を提出又は提示してください。

次の欄は記入する必要はありません。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
確認した記号番号等	
備考	

患者番号	
氏 名	
性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生

年 月 日

住所

氏 名

印

電話番号

開示を受けたい 内 容 ※	(1) 診 療 録 (年 月 日～ 年 月 日) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 []				
	(2) X線画像等 (年 月 日～ 年 月 日) 特定の診療科のみを希望する場合は、診療科名を以下にご記入ください。 []				
	(3) 看護記録 (年 月 日～ 年 月 日) 超音波画像を希望する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> []				
患者から見た申請 者との関係※	1. 本人 2. (親権者・未成年/成年被後見人の)法定代理人(続柄:) 3. 任意代理人(続柄:) 4. 遺族(続柄:)				
法定代理人等が 開示請求する場合	※患者の状況	未成年者	15歳未満		成年被後見人
			15歳以上	同意の 有 ・ 無	
患者の住所 <small>申請者と同一の場合は、記入不要 です</small>					
必要書類	1. 法定代理人 戸籍謄本(抄本) / 住民票 / その他法定代理人関係を確認しうる書類				
	2. 任意代理人 登記事項証明書 / 公正証書 / 戸籍謄本				
	3. 遺族 戸籍謄本(患者が亡くなったことがわかるもの/患者との間柄を示す書類)				
※ 希 望 す る 開 示 の 方 法		(1) 閲 覧 (2) 写 し <input type="checkbox"/> 電磁的記録を 用紙に出力			

注5 患者の相続人等であることを証する書類(戸籍謄本など)を提出又は提示してください。

次の欄は記入する必要はありません。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他
確認した記号番号等	
備考	

様式第2号

診療情報(診療録等)の開示請求に基づく事前調整調書
(提出期限 年 月 日)

年 月 日

病 院 長 殿

診 療 科

診療科長

印

次のとおり開示判断のため、関係者から意見を聴取し、その結果をまとめましたので報告します。

1. 結果

開示(部分開示の是非*)	(1)全部開示 (2)部分開示 (3)全部不開示
部分開示又は不開示の 場 合 は そ の 理 由	
開 示 の 日 時 ・ 場 所	年 月 日 時 分～ 場所
開 示 立 会 者 (閲 覧 の み)	診療科 氏名

部分開示とは、第三者の利害を害する恐れや、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがある記載を開示しないことです。他の診療科の情報を開示しないことはありません。

2. 主治医の意見

内 容	判 断 *
様の情報開示について	1 全部開示 2 部分開示 3 全部不開示

3. 関係者等の意見

	聴 取 者	意 見 内 容	判 断 *
医 師			1 全部開示 2 部分開示 3 全部不開示
看 護 職 員			1 全部開示 2 部分開示 3 全部不開示
その他職員			1 全部開示 2 部分開示 3 全部不開示
医療機関等			1 全部開示 2 部分開示 3 全部不開示

(注1) 提出期限は厳守してください。また、*印欄は該当するものを○で囲んでください。

(注2) 部分開示の場合は、診療録に付箋で印をつけるなど、不開示部分が分るようにしてください。

(注3) 部分開示または不開示の場合は、その理由を具体的に記入してください。

(注4) 他の医療機関等が作成した診療情報提供書や訪問看護情報提供書などがある場合は、必ず当該保険医療機関等の意見を聴取してください。

様式第3号の1

診療情報(診療録等)開示請求に伴う照会書

機 構 岐 病 事 第 号
年 月 日

医療機関名

作 成 者 殿

岐阜大学医学部附属病院

診 療 科

診療科長 ⑩

岐阜大学医学部附属病院で所有しております診療情報(診療録等)について 様
から開示の請求がありました。

つきましては、貴機関で作成された下記の内容について、ご意見を賜りたいので別紙様式に
より 年 月 日までにご回答くださるようお願いいたします。

記

開 示 請 求 者	患者との続柄 ()
患 者 氏 名 等	住 所 氏 名 生年月日
開示対象内容	
入 手 年 月 日	
備 考	

注 「入手年月日」とは、岐阜大学医学部附属病院で当該診療情報を入手した年月日です。

様式第3号の2

診療情報(診療録等)開示請求に伴う意見書

第 号
年 月 日

岐阜大学医学部附属病院

殿

(医療機関等名)

職 名

氏 名

印

年 月 日付け 機構岐病事第 号で照会のあった診療情報開示に係る意
について、下記のとおり報告します。

記

開 示 請 求 者	患者との続柄 ()
患 者 氏 名 等	住 所 氏 名 生年月日
意 見	
開 示 判 断	(1)全部開示 (2)部分開示 (3)全部不開示
備 考	

注 部分開示の場合は、不開示部分を指示して下さい。

様式第4号（閲覧請求者への通知）

診療情報（診療録等）開示決定について

機構岐病事第 号
年 月 日

様

岐阜大学医学部附属病院

病院長

印

年 月 日付けであなたから開示請求のありました診療情報（診療録等）につきましては、下記のとおり 全開示 / 部分開示 することになりましたので、お知らせします。

記

開示請求に係る 診療情報の内容	(1) 診療録 (年 月 日 ~ 年 月 日) (2) X線画像等 (年 月 日 ~ 年 月 日) (3) 看護記録 (年 月 日 ~ 年 月 日)
開示の日時 及び場所	日時 年 月 日 時 分 ~ 場所 岐阜大学医学部附属病院
担当課	岐阜大学医学部附属病院 医事課 電話番号
備考	

(注1) 当日は、この通知書及び本人確認のために必要な書類（運転免許証、旅券など）を提出又は提示してください。

(注2) 都合により上記の日時にこられない場合は、あらかじめ、その旨を電話などで担当課までご連絡ください。

(注3) 開示場所までご案内いたしますので、当日は医事課へお越し願います。

診療情報(診療録等)不開示決定について

機構岐病事第 号
年 月 日

様

岐阜大学医学部附属病院
病院長



年 月 日付けであなたから開示請求のありました診療情報(診療録等)につきましては、
下記のとおり開示しないことになりましたのでお知らせします。

記

開示請求に係る 診療情報の内容	(1)診療録 (年 月 日 ～ 年 月 日) (2)X線画像等 (年 月 日 ～ 年 月 日) (3)看護記録 (年 月 日 ～ 年 月 日)
開示しない理由	
担 当 課	岐阜大学医学部附属病院 医事課 電話番号
備 考	

診療情報(診療録等)の写し交付引渡書

年 月 日

ID:

◆ ◆ ◆ 様

岐阜大学医学部附属病院
病院長 秋山 治彦

年 月 日付で、あなたから写しの交付請求のありました、診療情報(診療録等)につきましては、下記のとおり代金と引き換えに交付することとします。

記

写しの交付内容	(1) 診療録 (枚 × 円 = 0 円) CD (枚 × 円 = 0 円) DVD (枚 × 円 = 0 円) <input type="checkbox"/> 看護記録含む (2) X線画像等 CD (枚 × 円 = 0 円) DVD (枚 × 円 = 0 円) 計 ◆◆◆ 円		
引渡しの日時 及び場所	日時	年 ◆ 月 ◆ 日 時 分	
	場所	岐阜大学医学部附属病院 医事課 電話番号 058-230-6000 内線	
備考			