

## 診療情報提供(カルテ開示)申出書 (ご本人用)

病院名 ( 大阪市立総合医療センター ) 病院長 様

※裏面あり

記載年月日 年 月 日

ふりがな			
申出者氏名	(旧姓: _____)		
生年月日	西暦	年	月 日
診察券・登録番号			
現住所	〒 _____		
連絡先電話番号	( _____ )	—	※申出者の連絡先で、日中つながりやすい番号を記入ください。
提供を求める診療情報	<p>① 診療録</p> <input type="checkbox"/> すべて (外来・入院)	<p>「一部」を選択された場合は、下記に提供を希望する診療期間等をご記入ください。</p> <p>(診療期間)</p> <p>(西暦) 年 月 日から</p> <p>年 月 日まで</p> <p>(その他) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>※電子カルテの修正履歴</p> <p>電子カルテの記載に修正がある場合、</p> <p>「要」の場合、修正前と修正後の両方を印字したものを交付します。「不要」の場合、修正後の記載を印字したものを交付します。</p>	<p>② 電子カルテの修正履歴</p> <p>いずれか一方を選択してください。</p> <input type="checkbox"/> 要 ※案内文Q&Aもご参照ください。
診療録に他施設が作成した書類が含まれている場合 (診療情報提供書など)	<input type="checkbox"/> 必要 → 作成元の施設に診療情報開示請求があった旨を通知いたします。(提供の可否は作成元施設の判断となります。)	<input type="checkbox"/> 不要	
情報提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> 写しの交付 (※ 画像情報は、光ディスクでの提供となります。)		
(交付希望の方) 受取方法	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送		
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
備考			

## 開示するカルテは、以下のようなものがあります。

特定の記録のみを希望される場合は、申出書の「その他」欄に記載をお願いいたします。

(「診療情報提供(カルテ開示)手続のご案内」も必ずご一読ください。)

### ■ 医師が記載した記録

診察記事・各種オーダー（処方・注射・検査など）・退院サマリーや診療情報提供書など

### ■ 看護師が記載した記録

看護記録、三測表（入院中の体温・尿量・食事量などを記載したもの）看護サマリーなど

### ■ 管理栄養士、薬剤師、リハビリ担当者等が記載した記録

栄養指導を行った記録、リハビリの実施記録など

### ■ 検査結果

血液検査結果や喀痰検査結果、内視鏡検査や画像検査の所見用紙など  
(撮影した画像情報は電子ディスクに焼き付けてのご用意となります。)

### ■ 当院で作成した文書

検査・手術・処置の説明書・同意書、入院診療計画書、各種診断書など

### ■ 他施設が作成した文書

診療情報提供書・訪問看護報告書など

※開示の可否については作成元の施設判断となります。

### ■ その他

薬歴情報（処方された薬剤の一覧）、指示簿（入院中に医師から出された指示の一覧）

※入院期間・治療内容によっては開示カルテの料金が高額となるケースがあります（10万円以上となるケースもあります）。

開示期間や開示するカルテを絞っていただくことで、開示の費用が少なくなる場合があります。

不明な点は担当までお問い合わせください。

担当：医事課診療録 カルテ開示担当

TEL：06-6929-1221（代表）

平日9時～17時まで