

診療情報提供(カルテ開示)申出書 (ご本人用)

※申出書の控えを希望される方はお申し出ください。

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	① 診療録 <input type="checkbox"/> すべて (外来・入院) <input type="checkbox"/> 外来のみ すべて <input type="checkbox"/> 入院のみ すべて <input type="checkbox"/> 一部		「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。 (診療期間) (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで		
	② 電子カルテの修正履歴 いずれか一方を選択してください。 <input type="checkbox"/> 要 ※「よくあるお問い合わせについて」も参照ください。 <input type="checkbox"/> 不要		(その他) _____ _____ ※電子カルテの修正履歴 電子カルテの記載に修正がある場合、 「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。		
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 → <input type="checkbox"/> 不要		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。)		
診療録にマイナ保険証によって提供された情報が含まれている場合	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		※マイナンバーカードで保険証確認をされた方は、「よくあるお問い合わせについて」をご参照ください。		
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"/> マイナンバーカード(表面のみ) <input type="checkbox"/> パスポート(住所記載あるもの) <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。)

■ 診察記事

医師が記載した診察に関する記録

■ 手術記録・麻酔記録

手術や麻酔について、医師(麻酔医も含む) や看護師が記載した記録

■ 看護記録

外来や入院中に看護師が記載した記録

■ 検査記録

血液検査、喀痰検査、心電図検査、内視鏡検査、
画像検査(CT検査、MRI検査、PET検査など) の所見用紙
(撮影した画像情報はCD-RまたはDVD-Rで提供)

■ 専門職(コメディカル) の記録

リハビリ、薬剤師、栄養部などが記載した記録

■ 退院サマリー

入院に至るまでの経緯や入院中の経過を簡潔にまとめた記録
(入院の目的、入院中に実施した治療・検査など)

■ 他施設が当院あてに作成した文書

(診療情報提供書・訪問看護報告書など)

※作成元の施設判断により開示できない場合があります。

■ その他

各種診断書、検査・手術、処置の説明書・同意書、入院診療計画書など

※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