

平成 21 年 4 月 1 日現在

## 「診療情報の訂正・削除・利用制限申請」について

東京女子医科大学病院

下記の点にご注意いただき、申請書（別紙）に必要事項を記入の上、ご提出下さいますようお願い申し上げます。

記

### 【提出書類】

#### 1. 「診療情報の訂正・削除・利用制限申請書」

**\*必ずご本人、ご家族またはご遺族が記入して下さい**

#### 2. ご本人、ご家族、ご遺族の場合

①ご本人の場合：本人確認資料の写し（運転免許証、旅券、健康保険証等）

②ご本人以外の場合：次の書類の原本又は写し

ア) 死亡されている場合（原則として配偶者、子、親、兄弟姉妹）：戸籍謄本または続柄を示す書類

イ) 15歳以下の場合（原則として親権者）：戸籍謄本または続柄を示す書類

ウ) 16歳以上で本人の意志表示が出来ない場合（原則として配偶者、子、親、兄弟姉妹）：戸籍謄本または続柄を示す書類

エ) 16歳以上で本人の意志表示が出来る場合（原則として配偶者、子、親、兄弟姉妹）：戸籍謄本または続柄を示す書類及び本人の同意書

#### 3. 保険会社等、代理人の場合

①社員証の写し又は名刺

②委任状（同意書）

③開示対象となる方の本人確認資料の写し（運転免許証、旅券、健康保険証等）

④委任状（同意書）に署名の方が開示対象となる方と異なる次の場合

ア) ご家族：戸籍謄本または続柄を示す書類の原本または写し

イ) ご遺族：戸籍謄本または続柄を示す書類の原本または写し

ウ) 法定代理人（成年後見人等）：本人確認資料（運転免許証など）の写しおよび資格を有することを証明する書類の写し

\*申請者が法定代理人（成年後見人等）の場合の確認書類

申請者の本人確認資料（運転免許証など）の写し、資格を有することを証明する書面の写し、開示対象となる方の本人確認資料の写し（運転免許証、旅券、健康保険証等）、開示対象となる方の同意書、代理人の申請理由書

### 【所定費用】

原則、無料

### 【手続方法】

総合外来センター1階 案内又は下記までご提出またはご郵送（「診療情報の訂正・削除・利用制限申請書在中」と明記）下さい。

◎お問い合わせ先 東京女子医科大学病院 医療記録管理室  
TEL03-3353-8111（代表）

◎提出・郵送先

〒162-8666 東京都新宿区河田町8番1号  
東京女子医科大学病院 医療記録管理室

診療情報の訂正・削除・利用制限申請書

東京女子医科大学病院長殿

平成 年 月 日

診療科名:

申請者	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒
	電話番号	自宅: 携帯:

(申請者が開示の対象となる方と異なる場合は、続柄を記入して下さい。) 続柄( )

開示対象となる方	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒
	電話番号	

申請内容 ( )内に○を記入して下さい。		( ) 訂正 ( ) 削除 ( ) 利用制限
申請内容を具体的に記入して下さい。		
* 事務局 処理欄	①本人申請の場合	運転免許証 旅券 健康保険証
	②本人以外の場合	ア) 15歳以下の場合(原則として親権者) 必要書類:戸籍謄本または続柄を示す書類(健康保険証など) イ) 16歳以上で本人の意志表示ができない場合は親族 (原則として、配偶者、子、親、兄弟姉妹) 必要書類:戸籍謄本または続柄を示す書類(健康保険証など) ウ) 成年被後見人の場合 必要書類:申請者であることを証明する書類(運転免許証など) および資格を有することを証明する書類 エ) 上記以外の場合 必要書類:申請者であることを証明する書類(運転免許証など) および本人の同意書(様式任意)
* 備考		

注 \* 欄には記入しないで下さい。

内容確認者氏名