

(保険会社等、代理人用)

2022年1月1日現在

「診療情報の開示（提供）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】（別添 記入方法）

1. 「診療情報の開示（提供）申請書」 ※申請内容によって申請書が異なります。
2. 確認書類
 - ①代理申請される方の本人確認資料の写し（別表1参照）
 - ②委任状(同意書)(原本)
 - ③開示対象となる方の本人確認資料の写し（別表1参照）
 - 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がわかる住民票（原本）、ご家族の方の本人確認資料の写し（別表1参照）
 - イ) ご遺族：戸籍謄本（原本）、ご遺族の方の本人確認資料の写し（別表1参照）
 - ウ) 法定代理人(成年後見人等)：法定代理人の方の本人確認資料の写し(別表1参照)、資格を有することを証明する書類の写し

注) ①同意書はご本人の自署でお願い致します。有効期間は、記載日から3ヶ月以内とさせていただきます。

②戸籍謄本や住民票は、今回の申請に対し交付されたものをご提出ください。

【手続方法】

1. 医師による口頭説明・閲覧の場合は、必ず下記の電話番号にて診察予約をおとりの上、当日総合外来センター1階 初診受付に上記書類一式をご提出ください。
○予約センター直通電話番号：03-3353-8138
2. 診断書等の作成の場合は、総合外来センター1階 外来医事課書類係にお問い合わせください。
3. 診療録及び画像の写しの場合には、総合外来センター1階 案内へご提出ください。
または「診療情報の開示（提供）申請書在中」と明記)のうえご郵送ください。

◎診療録及び画像の写しの場合の提出・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

※申請書を受理後、お受け渡しまで概ね30日程度です。

(実質稼働日のため状況に応じてお時間が前後する場合がございます。)

【受け渡し】

受け渡しの準備ができ次第、電話にて料金のご報告を致します。受け渡し方法に関して、当院では個人情報である為、ご来院いただいての直接受け渡しを推奨しております。遠方や体調不良等でご来院が難しい場合は、その際にご相談ください。

※受け渡しの際には、原則申請者本人がご来院ください。

(ご本人が来院できない場合は必ずご一報ください。)

※郵送の場合は、まず申請書の住所へ請求書を発送致します。請求書の振込口座にご入金いただき、当院にて入金確認ができ次第、写しを発送致します。(入金が反映されるまで一日程度かかります)

◎お受け渡し・お問い合わせ時間

平日(月～金曜日) : 9時00分～16時00分

土曜日 : 9時00分～12時00分 (第3土曜日は除く)

【所定費用】

1. 開示手数料 5,500円(税込)

※申請ごとに手数料は発生いたします。

2. 口頭(医師との面談) 30分以内 22,000円(税込)

45分以内 33,000円(税込)

60分以内 44,000円(税込)

3. 閲覧 30分以内 11,000円(税込)

45分以内 16,500円(税込)

60分以内 22,000円(税込)

4. 書面の写し

①診療録等の写し 1枚につき 55円(税込)

18円(税込)

電子カルテ稼働時(2003年6月23日より段階的に導入)から2013年末までの電子カルテ出力分のみ※注

②診療録等の写し(カラー) 1枚につき 110円(税込)

37円(税込)

電子カルテ稼働時(2003年6月23日より段階的に導入)から2013年末までの電子カルテ出力分のみ※注

IC(インフォームド・コンセント)記録は、医師の記録だけでなくメディカルスタッフの記録も含まれます。

③画像の写し(フィルム) 1枚につき 1,100円(税込)

④画像の写し(CDR) 1枚につき 1,100円(税込)

⑤画像の写し(DVD) 1枚につき 6,600円(税込)

※画像は診療科ごとに発生いたします。

5. 宅配または郵送料金・振込手数料 実費

※電子カルテ稼働時から2013年末までの電子カルテ出力分の記録に関しては、保存形式変更による出力枚数増加の為、料金を別に設定させていただいております。尚、電子カルテ稼働日は診療科(入院、外来)毎に期間が異なります。(詳細別表2)

◎お問い合わせ先 診断書等作成に関して：外来医事課書類係

診療録及び画像の写しに関して：医療記録管理室

TEL03-3353-8111(代表)

別表 1

2022年1月1日

本人確認書類一覧

全てにおいて、有効期限がある場合は期限切れでないものに限ります。

1つで受付可能な書類

運転免許証の写し

運転経歴証明書（平成24年4月1日以降交付のもの）の写し

特別永住者証明書・在留カードの写し

旅券（令和2年2月3日以前発行のもの）の写し

個人番号カード（マイナンバーカード）の写し（顔写真のある面のみ）

※個人番号通知カードは受付不可

各種福祉手帳（顔写真の貼付あり）の写し

（例：身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保険福祉手帳等）

官公庁発行の氏名・住所・生年月日の記載があり顔写真の貼付がある書類の写し（注1）

2つで受付可能な書類

各種健康保険証の写し

各種年金手帳の写し

母子健康手帳（出生届出済の証明があるもの）の写し

※2つの内の1つは以下の本人確認書類でも受付可能

社員証（生年月日の記載があるもの）の写し

学生証（生年月日の記載があるもの）の写し

官公庁発行の氏名・住所・生年月日の記載があり顔写真の貼付がない書類の写し（注1）

住民票（原本）（注2）（注3）

住民票の記載事項証明書（原本）（注2）（注3）

戸籍の謄本又は抄本で附票の添付があるもの（原本）（注2）（注3）

印鑑登録証明書（原本）（注2）

（注1）提示時点で有効なもの（有効期限がない場合は作成後6ヶ月以内）

（注2）発行日から6ヶ月以内のもの

（注3）家族からの申請において続柄を示す為の住民票や戸籍謄本については、今回の申請に対し交付されたもの。

別表2

	診療科	稼働日
外来 カルテ	腎臓内科 腎臓小児科 循環器内科 腎臓外科 消化器内科 心臓血管外科 泌尿器科 消化器外科 循環器小児科	2003年6月23日～2013年12月31日
	歯科口腔外科 耳鼻咽喉科 神経精神科 皮膚科 糖尿代謝内科 整形外科 眼科 糖尿眼科 母子新生児 産科母性 呼吸器外科 高血圧・内分泌内科 外科 神経内科 内分泌外科 呼吸器内科 血液内科 放射線科 小児科 婦人科 救急診療科 脳神経外科 形成外科	2003年7月23日～2013年12月31日
	歯科口腔外科 皮膚科	2007年9月17日～2013年12月31日
	眼科 糖尿代謝内科 神経精神科 耳鼻咽喉科 糖尿眼科 整形外科	2007年10月15日～2013年12月31日
	母子新生児 呼吸器内科 血液内科 産科母性 呼吸器外科 高血圧・内分泌内科 外科 神経内科 内分泌外科 小児科 腎臓小児科 腎臓外科 泌尿器科 腎臓内科	2007年12月23日～2013年12月31日
	消化器内科 消化器外科 脳神経外科 循環器内科 循環器小児科 心臓血管外科 形成外科 婦人科 救命救急科 放射線科	2008年2月17日～2013年12月31日

診療情報の開示(提供)申請書 記入方法

様式1 保険会社等、代理人用

診療情報の開示(提供)申請書

(診療録及び画像の写し用)

東京女子医科大学病院長殿

年 月 日

診療科名: _____

申請者 (保険会社等担当者名、代理人名)	ふりがな		
	申請者名		
	会社名		
	住所	〒	
電話番号	会社:		
	携	帯又は日中の連絡先:	

「開示対象となる方」の欄は必ずご本人、ご家族またはご遺族が記入してください

開示対象となる方	ふりがな		
	氏名	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 診察券登録番号	
	住所	〒	
	電話番号		

診療録及び画像の写し **開示対象:外来・入院 (○して下さい)**

診療情報の内容 (記入あるいは()内に○を記入して下さい。)	() 診療録(経過記録・検査記録・看護記録等) ・ () 画像 具体的内容(必要な期間や項目をご記入ください)
------------------------------------	--

女子医大記入欄	女子医大受理日	年 月 日
	①本人が委任した場合	申請者本人確認書類・患者本人確認書類・委任状
	②本人以外が委任した場合	ア)ご家族が委任 申請者本人確認書類・患者本人確認書類・委任状・戸籍謄本又は住民票・ご家族本人確認書類 イ)ご遺族が委任 申請者本人確認書類・委任状・戸籍謄本又は住民票・ご家族本人確認書類 ウ)法定代理人 法定代理人本人確認書類・患者本人確認書類・法定代理人資格を有する事を証明する書類

対象診療科名をご記入下さい。

保険会社等、代理人の社名・申請者の氏名・住所・電話番号をご記入下さい。

開示対象となる方(患者様ご本人、ご家族又はご遺族)が、必ずご記入下さい。

開示内容について具体的内容に特に記載のない場合は診療科全ての写しを作成いたします。

当院処理欄ですので、ご記入は不要です。

診療情報の開示(提供)申請書

(診療録及び画像の写し用)

東京女子医科大学病院長殿

年 月 日

診療科名:

申請者 (保険会社等担当者名、 代理人名)	ふりがな	
	申請者名	
	会社名	
	住所	〒
	電話番号	会社: 携 帯又は日中の連絡先:

「開示対象となる方」の欄は必ずご本人、ご家族またはご遺族が記入してください

開示対象となる方	ふりがな	
	氏 名	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 診察券登録番号
	住所	〒
	電話番号	

診療録及び画像の写し		開示対象:外来・入院 (○して下さい)
診療情報の内容 (記入あるいは()内に○を記入して下さい。)	() 診療録(経過記録・検査記録・看護記録等) ・ () 画像	
	具体的内容(必要な期間や項目をご記入ください)	

女子医大 記入欄	女子医大受理日	年 月 日
	①本人が委任した場合	申請者本人確認書類・患者本人確認書類・委任状
	②本人以外が委任した場合	ア)ご家族が委任 申請者本人確認書類・患者本人確認書類・委任状・戸籍謄本又は住民票・ご家族本人確認書類 イ)ご遺族が委任 申請者本人確認書類・委任状・戸籍謄本又は住民票・ご家族本人確認書類 ウ)法定代理人 法定代理人本人確認書類・患者本人確認書類・法定代理人資格を有する事を証明する書類

診療情報の開示(提供)申請書

(口頭・閲覧用)

東京女子医科大学病院長殿

年 月 日

診療科名:

申請者 (保険会社等担当者名、 代理人名)	ふりがな	
	申請者名	
	会社名	
	住所	〒
	電話番号	会社: 携帯又は日中の連絡先:

「開示対象となる方」の欄は必ずご本人、ご家族またはご遺族が記入してください

開示対象となる方	ふりがな	
	氏名	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 診察券登録番号
	住所	〒
	電話番号	

<input type="checkbox"/> 口頭(医師との面談)	開示対象:外来・入院 (○して下さい)
<input type="checkbox"/> 閲覧	開示対象:外来・入院 (○して下さい)
診療情報の内容 (記入あるいは()内に○を記入して下さい。)	<input type="checkbox"/> 診療録(経過記録・検査記録・看護記録等) ・ <input type="checkbox"/> 画像
	具体的内容(必要な期間や項目をご記入ください)

女子医大 記入欄	女子医大受理日	年 月 日
	①本人が委任した場合	申請者本人確認書類・患者本人確認書類・委任状
	②本人以外が委任した場合	ア)ご家族が委任 申請者本人確認書類・患者本人確認書類・委任状・戸籍謄本又は住民票・ご家族本人確認書類 イ)ご遺族が委任 申請者本人確認書類・委任状・戸籍謄本又は住民票・ご家族本人確認書類 ウ)法定代理人 法定代理人本人確認書類・患者本人確認書類・法定代理人資格を有する事を証明する書類