

(ご本人、ご家族用)

2023年10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】

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. 開示対象となる方の本人確認資料の写し（別表1参照）

※申請が本人以外の場合のみ下記の書類もご提出ください。

- 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（原本）、申請者の本人確認資料の写し（別表1参照）
- 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がわかる住民票（原本）、申請者の本人確認資料の写し（別表1参照）
- ウ) 16歳以上で本人の意思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がわかる住民票（原本）、申請者の本人確認資料の写し（別表1参照）
- エ) 16歳以上で本人の意思表示ができる場合（原則として配偶者、子、親、兄弟姉妹）：戸籍謄本または続柄がわかる住民票（原本）、本人の同意書（原本）、申請者の本人確認資料の写し（別表1参照）

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。

#### 【手続き】

総合外来センター1階総合案内にご提出頂くか、下記までご郵送をお願い申し上げます。  
郵送の場合は「診療情報の開示（提供）申請書在中」と明記をお願いいたします。

◎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、ご来院いただいで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 5,000円(税抜) 【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) 10,000円(税抜) 【11,000円(税込)】

3. 閲覧(30分) 5,000円(税抜) 【5,500円(税込)】

4. 書面等の写し

① 診療録等の写し 1枚につき 50円(税抜) 【55円(税込)】

17円(税抜) 【19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 100円(税抜) 【110円(税込)】

34円(税抜) 【38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せん。

③ 画像の写し(フィルム) 1枚につき 1,000円(税抜) 【1,100円(税込)】

④ 画像の写し(CDR) 1枚につき 1,000円(税抜) 【1,100円(税込)】

⑤ 画像の写し(DVD) 1枚につき 6,000円(税抜) 【6,600円(税込)】

※画像は診療科ごとに料金が発生致します。

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

東京女子医科大学病院 医療記録管理室 03-3353-8111(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<br>カルテ | 腎臓内科 腎臓小児科 循環器内科<br>腎臓外科 消化器内科 心臓血管外科<br>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<br>皮膚科 糖尿代謝内科 整形外科<br>眼科 糖尿眼科 母子新生児<br>産科母性 呼吸器外科 高血圧・内分泌内科<br>外科 神経内科 内分泌外科<br>呼吸器内科 血液内科 放射線科<br>小児科 婦人科 救急診療科<br>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<br>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<br>産科母性 呼吸器外科 高血圧・内分泌内科<br>外科 神経内科 内分泌外科<br>小児科 腎臓小児科 腎臓外科<br>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<br>循環器内科 循環器小児科 心臓血管外科<br>形成外科 婦人科 救命救急科<br>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

対象診療科名をご記入下さい。

申請される方についてご記入下さい。申請内容を確認する際の携帯又は連絡先を必ずご記入下さい。

開示対象となる方(患者様)についてご記入下さい。ご本人が申請の場合は、記入不要です。

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。

様式1 ご本人・ご家族用

## 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 | ふりがな |                     | 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日<br>診療券登録番号 |
|     | 氏名   |                     |                                 |
|     | 住所   | 〒                   |                                 |
|     | 電話番号 | 自宅:<br>携 帯又は日中の連絡先: |                                 |

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 |   | 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日<br>診療券登録番号 |
|          | 氏名   |   |                                 |
|          | 住所   | 〒 |                                 |
|          | 電話番号 |   |                                 |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 診療録及び画像の写し                         | 開示対象:外来・入院 (Oして下さい)  |
| 診療情報の内容<br>(記入あるいは( )内にO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<br>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<br>記入欄 | 女子医大受理日  | 年 月 日   |
|             | ①本人申請の場合 | 運転免許証・個人番号カード(表面)・その他( )  |
|             | ②本人以外の場合 | <p>ア) 死亡されている場合(原則として遺族者)<br/>申請者本人確認書類・戸籍謄本</p> <p>イ) 15歳以下の場合(原則として親権者)<br/>申請者本人確認書類・患者本人確認書類・戸籍謄本又は住民票</p> <p>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)<br/>申請者本人確認書類・患者本人確認書類・戸籍謄本又は住民票・診断書</p> <p>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)<br/>申請者本人確認書類・患者本人確認書類・戸籍謄本又は住民票・同意書</p> |

# 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 | ふりがな |                                 |
|     | 氏名   | 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日<br>診察券登録番号 |
|     | 住所   | 〒                               |
|     | 電話番号 | 自宅:<br>携帯又は日中の連絡先:              |

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   | 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日<br>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<br>(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<br>記入欄 | 女子医大受理日  | 年 月 日   |
|             | ①本人申請の場合 | 運転免許証 ・ 個人番号カード(表面) ・ その他( )  |
|             | ②本人以外の場合 | <p>ア) 死亡されている場合(原則として親権者)<br/>申請者本人確認書類・戸籍謄本</p> <p>イ) 15歳以下の場合(原則として親権者)<br/>申請者本人確認書類・患者本人確認書類・戸籍謄本又は住民票</p> <p>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)<br/>申請者本人確認書類・患者本人確認書類・戸籍謄本又は住民票・診断書</p> <p>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)<br/>申請者本人確認書類・患者本人確認書類・戸籍謄本又は住民票・同意書</p> |

# 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 | ふりがな |                                 |
|     | 氏名   | 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日<br>診察券登録番号 |
|     | 住所   | 〒                               |
|     | 電話番号 | 自宅:<br>携帯又は日中の連絡先:              |

(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   | 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日<br>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<br>(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<br>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<br>記入欄 | 女子医大受理日  | 年 月 日   |
|             | ①本人申請の場合 | 運転免許証 ・ 個人番号カード(表面) ・ その他( )  |
|             | ②本人以外の場合 | ア) 死亡されている場合(原則として親権者)<br>申請者本人確認書類・戸籍謄本<br>イ) 15歳以下の場合(原則として親権者)<br>申請者本人確認書類・患者本人確認書類・戸籍謄本又は住民票<br>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)<br>申請者本人確認書類・患者本人確認書類・戸籍謄本又は住民票・診断書<br>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)<br>申請者本人確認書類・患者本人確認書類戸籍謄本又は住民票・同意書 |