（指定様式別添３）

診療情報開示についての回答書

年　　月　　日

様

南多摩病院
病　院　長

年　　月　　日付でお受け致しました診療情報開示の申請について、次の通りとなりましたので、ご通知申し上げます。

（開示取扱の種類）

１．開示　　２．非開示　　３．一部開示（　　）

（診療情報開示日程）

日時：　　年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　時　　分

場所：

「ご持参頂くもの」（印鑑証明、戸籍謄本等はご返却いたしませんのでご了承下さい。）

１．（患者本人）：患者様本人の身分証明書。

２．（患者と同席者の方）：患者様本人の身分証明書、患者様との続柄を証明できるもの。

３．（患者〈成人〉から代理権を得ている方）：患者様からの委託状と印鑑証明、代理権を受けている方の身分証明書及び患者様との続柄が証明できるもの。

４．（未成年者法定代理人）：15 才未満、法定代理人の身分証明書と患者様との続柄が証明できるもの。15 歳以上、原則として患者様委託状と印鑑証明（登録している方）、法定代理人の身分証明書および患者様との続柄が証明できるもの。

５．（成人後見人）：後見人と認められている証明書および後見人の方の身分証明書。

６．（任意後見人）：後見人と認められている証明書および後見人の方の身分証明書と患者様の委任状と印鑑証明。

７．（遺族の方）：患者様との続柄が証明できるものおよび申請書の方の身分証明書。

※　（身分証書は、運転免許書、パスポート等、続柄の証明は戸籍謄本等）
身分証明書、続柄を証明できるもの、委任状、印鑑証明等の確認が取れない場合は、診療情報の開示はできませんのでご了承下さい。

「以下の事由で提供いたしません」
１．患者様本人の心身の状況を著しく損なう恐れがある。
２．患者様以外の他者の利益を害する恐れがある。
３．医師の守秘義務に反する。
４．担当医師、ならびに「診療情報管理委員会」において提供を不適合と判断した。