

# 記載例 (遺族)

## 死者情報開示申出書

請求年月日を記入

年 月 日

大崎市病院事業管理者 様

申出者 住所 住所を記入

申出者の情報を  
記載してください

氏名 氏名を記入

電話番号 電話番号を記入

大崎市病院事業死者情報取扱要綱 (以下「要綱」という。) 第5条第1項の規定により、次のとおり保有死者情報の開示を申し出ます。

申出に係る情報の対象者 (死者)	氏名	例) 大崎 太郎
	生年月日	例) ○○○○年○○月○○日
申出に係る情報の内容	<p>下記記載例を参考に開示請求する情報を具体的に記載してください</p> <p>例1) 大崎太郎の画像記録全て</p> <p>例2) 大崎花子の令和○○年から令和○△年までの診療録</p>	
希望する開示の実施方法	<p>(1) 開示の実施の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧のみを希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付のみを希望する。</p> <p>(2) 写しの交付の方法</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 用紙</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>	
郵送の希望の有無	<p><input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し</p>	
申出者の区分	<p><input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 (要綱第4条第1項第1号)</p> <p><input type="checkbox"/> 子及び父母 (要綱第4条第1項第2号)</p> <p><input type="checkbox"/> 血族である祖父母, 孫又は兄弟姉妹 ( )</p> <p>(要綱第4条第1項第3号)</p> <p><input type="checkbox"/> 法定代理人 (要綱第4条第2項)</p> <p><input type="checkbox"/> 任意代理人 (要綱第4条第2項)</p>	
(申出者が法定代理人の場合) 開示対象者本人の状況等	<p>(1) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 ( 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人</p> <p>(2) 本人の氏名 _____</p> <p>(3) 本人の住所又は居所 _____</p> <p>(4) 本人の電話番号 _____</p>	

希望する方法にレを記入してください

希望する方法にレを記入してください

該当する区分にレを記入してください



# 記載例 (代理人)

## 死者情報開示申出書

請求年月日を記入

年 月 日

大崎市病院事業管理者 様

申出者 住所 住所を記入

申出者の情報を  
記載してください

氏名 氏名を記入

電話番号 電話番号を記入

大崎市病院事業死者情報取扱要綱 (以下「要綱」という。) 第5条第1項の規定により、次のとおり保有死者情報の開示を申し出ます。

申出に係る情報の対象者 (死者)	氏名	例) 大崎 太郎
	生年月日	例) ○○○○年○○月○○日
申出に係る情報の内容	<p>下記記載例を参考に開示請求する情報を具体的に記載してください</p> <p>例3) 大崎太郎の画像記録全て</p> <p>例4) 大崎花子の令和○○年から令和○△年までの診療録</p>	
希望する開示の実施方法	<p>(1) 開示の実施の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧のみを希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付のみを希望する。</p> <p>(2) 写しの交付の方法</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 用紙</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>	
郵送の希望の有無	<p><input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し</p>	
申出者の区分	<p><input type="checkbox"/> 配偶者 (要綱第4条第1項第1号)</p> <p><input type="checkbox"/> 子及び父母 (要綱第4条第1項第2号)</p> <p><input type="checkbox"/> 血族である祖父母, 孫又は兄弟姉妹 (要綱第4条第1項第3号)</p> <p><input type="checkbox"/> 法定代理人 (要綱第4条第2項)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 任意代理人 (要綱第4条第2項)</p>	
(申出者が法定代理人の場合) 開示対象者本人の状況等	<p>(1) 本人の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 未成年者 ( ○○年 ○○月 ○○日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人</p> <p>(2) 本人の氏名 _____ 氏名を記入 _____</p> <p>(3) 本人の住所又は居所 _____ 住所を記入 _____</p> <p>(4) 本人の電話番号 _____ 電話番号を記入 _____</p>	

希望する方法にレを記入してください

希望する方法にレを記入してください

法定代理人又は任意代理人にレを記入してください

該当する方にレを記入し、患者情報を記載してください

