

カルテ開示をご希望される方へ

【カルテ開示について】

当院では、厚生労働省の「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び「診療情報の提供等に関する指針」に基づき、診療情報の開示を行っております。

開示を行うにあたり、患者さまの大切な個人情報であるという観点から、プライバシーや利益を保護するためにいくつかの条件を定めております。

以下の内容を十分ご理解いただいた上で、開示申請を希望される方は申請に必要な事項をご確認いただき、お申し込みをお願いいたします。

受付時間	午前8時30分～午後5時 日曜日・祝日・年末年始を除く
-------------	--------------------------------

開示請求が出来る範囲
当院で診療を目的として、作成された診療録(看護記録、検査記録、画像データ等)他の医療機関で作成された文書及び、当院における治験等に関する諸記録は開示の対象となる場合があります。

開示申請することが出来る方
患者さま本人を原則とさせていただきます
<ol style="list-style-type: none">1. 成年患者さま本人 (満18歳以上)2. 実質的に患者さまのお世話をしている親族またはそれに準ずる方 * 患者さまが満18歳以上の場合は成年後見人を除き患者さまの同意が必要となります3. 患者さまのご遺族4. 患者さまの法定代理人(親権者、後見人、保護義務者)5. 患者さま本人の代理権を得た弁護士や保険会社
開示をお受けできない場合
<ol style="list-style-type: none">1. 患者さま本人を含めて、開示対象者であるとの確認ができない場合や不明確な場合2. 患者さま本人が生前または診療中に不開示の意思を表明している場合3. 他院など、第三者から得た情報が含まれており、当該第三者の了解が得られない場合4. 対象の診療情報の提供、診療情報の開示が、第三者の利益を害するおそれがある場合5. その他開示を不適切とする事由があると病院長が認める場合

開示費用		
開示基本料	外 来	3, 300円
	入 院 1入院期間毎	4, 400円
診療録等の写し	1枚につき	11円
CD-ROM	1枚につき	1, 100円
(消費税込み)		
費用は事前にご連絡しますので、受け取り当日に料金をご用意のうえ、お支払いください。		

開示申請に必要なもの

- | | |
|------------|--|
| 患者本人 | <ul style="list-style-type: none">・開示申請書（当院指定用紙）・患者本人の身分証明書・印鑑（シャチハタは不可） |
| 患者家族 | <ul style="list-style-type: none">・開示申請書（当院指定用紙）・請求者の身分証明書・委任状・続柄を証明するものの原本
（本人の住民票・戸籍謄本等）
* 発行してから3か月以内のもの・印鑑（シャチハタは不可） |
| 法定代理人 | <ul style="list-style-type: none">・開示申請書（当院指定用紙）・請求者の身分証明書・同意書の原本 もしくは 委任状
* 発行してから1年以内のもの・法定代理人であることを証明する書類・印鑑（シャチハタは不可） |
| 法律事務所・保険会社 | <ul style="list-style-type: none">・開示申請書（当院指定用紙）・請求者の身分証明書・同意書の原本 もしくは 委任状
* 発行してから1年以内のもの |

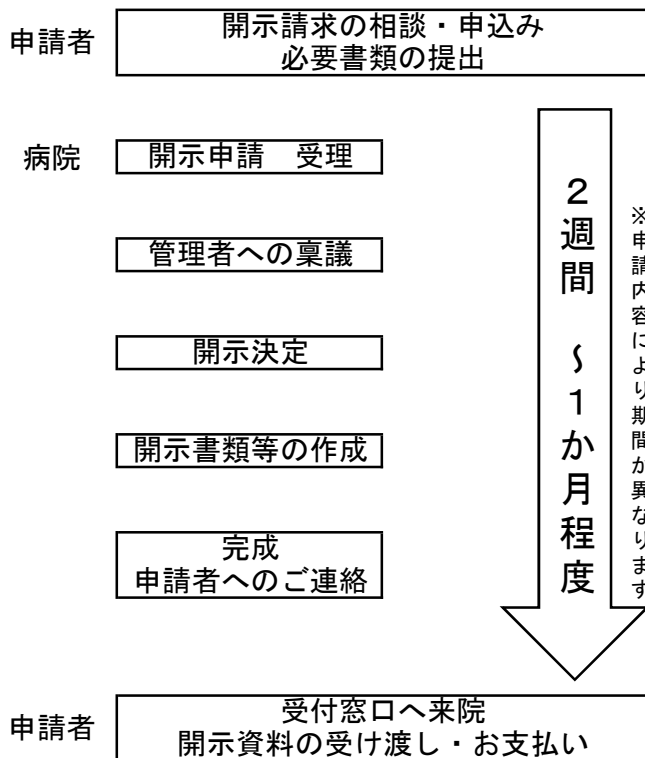
* 身分証明書

- ・運転免許証、パスポート、身体障害者手帳、マイナンバーカード(通知カードは不可) など、顔写真・氏名・生年月日の記載があるもの
- ・法律事務所の場合は弁護士であることを証明できるもの（顔写真の入った社員証等、名刺不可）
- ・保険会社の場合はその職員であることを証明できるものも必要となります（顔写真の入った社員証等、名刺不可）

上記をお持ちでない場合

健康保険証、年金手帳、介護保険証、会社の身分証明書または学生証、当院診察券、公的機関が発行した資格証明証のいずれか二つをご用意ください。

開示手順



開示記録(写し)等の受取

外来受付で診療情報開示の受取のため来院した旨をお申し出ください。

受付時間 午前8時30分～午後5時
日曜日・祝日・年末年始を除く

* 開示資料作成完了の連絡から1年を経過し受領されない場合は、開示請求は取り消しとなりますのでご了承ください。

カルテ開示についてご不明な点がございましたら、受付時間内に下記へご連絡ください。
大野中央病院 医事課 TEL 0570-00-5050

診療記録等開示申請書

申込年月日 年 月 日

大野中央病院 院長殿

貴院が保有する下記の個人情報の開示につき請求いたします。

*申請書の提出後にキャンセルをされましても、料金が発生しますので、ご了承ください

1. 開示を求める個人情報の対象患者

診察券番号：

フリガナ	
患者氏名	
住 所	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日生まれ
電話番号	— —

開示を希望する記録

(該当するものを○で囲み、記入してください)

<input type="checkbox"/> 外来診療記録 <input type="checkbox"/> 入院診療記録 ※以下の内容を含む ・診療録、看護記録、書類等 ・検査結果（採血等） ・検査、手術・リハビリ等の記録	<input type="checkbox"/> 画像記録 全て (CD-ROM) ※以下の内容を含む X線・CT検査、超音波検査等 <input type="checkbox"/> 画像記録 (CD-ROM) X線・CT・MR検査のみ
診療科 <input type="checkbox"/> 科	: <input type="checkbox"/> 全科
開示期間	年 月 日 ~ 年 月 日

*ただし診療途中での申請は申込日までとする

申請者

<input type="checkbox"/> 本人	氏 名	印
<input type="checkbox"/> 本人以外	住 所	
	電話番号	
	(患者との関係)	

*病院記入欄

受取書類確認欄

- 委任状 (原本)
 同意書 (原本)

申請者確認書類

- 運転免許証 (写) 住民票 (原本)
 戸籍謄本等 (原本) その他 ()
 社員証 (顔写真のあるもの・写)

受付担当者	書類確認者	受渡日	受渡担当者	受渡方法
		/		窓口 郵送

担当医	院 長	開示の可否決定
		可 ・ 否

委任状

大野中央病院 院長 殿

年 月 日

【代理人】

氏 名 _____

委任者(患者)との続柄 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

私は、上記の者を代理人として、下記の事項を委任します。

記

私(患者)に関する診療記録の開示請求をし、写しの交付等を受けることについて。

【委任者(患者)】

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

住 所 〒 _____

電話番号 _____

※ 患者さま本人が署名してください。