診療記録(カルテ)の開示について

当院におきましては、厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」及び「診療情報の提供等に関する指針」に基づき、診療記録等の開示を行っております。

患者様が疾病と診療内容を十分理解し、医療従事者と患者様が共同して疾病を克服するなど、医療従事者等と患者様とのより良い信頼関係を構築することを目的とし、プライバシー保護及び診療上の支障が生じないこと等を確認したうえで診療記録を提供いたします。

診療記録等の開示を依頼される方は、あらかじめこの案内をご覧いただき、必要書類等を添えて手続きされるようお願いいたします。

開示申請の対象となる方

申請の対象となる方は、次のいずれかに該当される方に限ります。

なお、申出者が患者本人以外である場合には、患者本人のプライバシー保護の必要から、当院で開示 の可否について検討します。

- ・患者本人
- ・ 患者の法定代理人 (親権者、未成年後見人、成年後見人)
- ・患者の代理権を得た任意代理人(親族、キーパーソン、弁護士、保険会社、医療機関等)
- ・患者遺族(配偶者及び、二親等以内の血族である方)

診療記録等開示の受付時間等

受付時間

日曜・祝日・年末年始(12/29~1/3)を除く

午前9時から午後5時まで

診療記録等の開示を希望される方は、次の書類等をご持参の上、外来窓口までお申し出ください。 診療情報管理室カルテ開示担当者が伺います。

なお、遠隔地に居住等、来院できない事情がある場合はご相談ください。

連絡先:電話 0475-58-5000 (代表) 医療法人静和会 浅井病院 診療情報管理室カルテ開示担当

開示申請にあたって必要な書類等

- ① 個人情報に関する開示請求書(当院書式)
- ② 身分証明書(運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、住民基本台帳カードなど顔写真付きのもの)
- ③ 委任状または同意書(委任状)※任意の様式も可
- ④ 患者との関係性を証明する書類(戸籍謄本、住民票、改製原戸籍、登記事項証明書など) ※発行日から3か月以内のもの

| 開示請求者 | 開示請求に必要な書類 |
|----------------------------|------------------|
| 患者本人 | ① 個人情報に関する開示請求書 |
| | ② 身分証明書 |
| 患者の法定代理人 | ① 個人情報に関する開示請求書 |
| (親権者、未成年後見人、成年後見人) | ② 開示請求者の身分証明書 |
| | ③ 患者からの委任状または同意書 |
| 患者の代理権を得た任意代理人 | ① 個人情報に関する開示請求書 |
| (親族、キーパーソン、弁護士、保険会社、医療機関等) | ② 開示請求者の身分証明書 |
| | ③ 患者からの委任状または同意書 |
| 患者遺族(配偶者及び、二親等以内の血族である方) | ① 個人情報に関する開示請求書 |
| | ② 開示請求者の身分証明書 |
| | ③ 患者との関係性を証明する書類 |

※委任状または同意書の偽造による不正請求を防ぐため、開示請求者が代理人の場合、患者本人にご確認させていただくことがあります

診療記録の開示決定と開示範囲について

■開示までの期間

開示請求書を受理した日から開示決定通知までの所要日数は、院内での承認が必要となるため2週間程度要します。あらかじめご了承いただきますようお願いいたします。

※担当医師の不在等、特別な理由がある場合には、準備期間を延長させていただくことがあります。 その場合は改めてご連絡いたします。

■診療記録等の不開示について

以下のいずれかの事由に該当すると判断された場合には、当院の規定に基づき開示の全部または一部 を拒むことがあります。

- ・開示請求対象者であることが確認できない場合
- ・患者本人が生前または診療中に不開示の意志を表明している場合

- ・第三者の利益を害するおそれがある場合(患者との関係者の人間関係が悪化するなど)
- ・本人の生命、身体を著しく損なうおそれがある場合
- ・その他の開示を不適当とする事由があると病院長が認める場合
- ・開示することが法令に違反する場合
- ・診療記録等の法定保存期間を経過し、廃棄されている場合(紙カルテ) ※医師法では、診療録の法定保存期間は5年間と定められています

■開示の対象となる診療記録の範囲

開示の対象は、診療録(医師記録)、処方記録、看護記録、検査結果(検体・生理)、医用画像、退院 時サマリーの記録による資料です。

ただし、法定保存年限を超えたものについては、現存しない場合があります。

※当院宛に他院より提供された記録については開示できません。

診療記録等の開示方法と費用について

- ・開示は写しの交付により行います。
- ・開示にあたっては、開示請求書提出時に提示した本人が確認できる書類を再度提示してください。
- ・診療記録開示に係る費用は、開示請求手数料と開示実施手数料の合計となります(消費税別途)。
- ・費用のお支払いが確認できた後に、写しを交付いたします。

開示請求手数料 (開示請求件数1件につき)

| 開示請求者の区分 | 金 額 (消費税別途) | | |
|-------------------------|-------------|--|--|
| 個人(患者本人、家族) | 3,000 円 | | |
| 公的機関等(警察、裁判所、弁護士、保険会社等) | 5,000 円 | | |

開示実施手数料

| 診療記録の種別および交付媒体 | 金額(消費税別途) | | | |
|---------------------------|------------------------|--|--|--|
| 診療記録等の謄写(紙) | A4 版(片面のみ):1 枚につき 20 円 | | | |
| 診療記録等の複写(CD-R) | 1 枚につき 500 円 | | | |
| レントゲン・CT・MRI 等画像の複写(CD-R) | 1 枚につき 500 円 | | | |
| 脳波検査データの複写(CD-R) | 1 枚につき 500 円 | | | |
| 診療経過の要約書 | 1 通につき 4,000 円 | | | |

お渡しについて

~窓口での受け取りの場合~

開示の準備ができましたら、申請書に記載いただいた連絡先にご連絡いたします。 ご来院いただき開示費用をお支払いの上、書類をご査収くださいますようお願いいたします。

~郵送での受け取りの場合~

開示請求者の区分が個人の方:

開示の準備ができましたら、申請書にご記載いただいた連絡先にご連絡いたします。 開示費用のお振込みを確認した後に、ご指定の住所に郵送いたします。

開示請求者の区分が公的機関等の方:

開示の準備ができましたら、申請書にご記載いただいた住所に郵送いたします。その際、請求書を同 封させていただきますので、書類到着後お振込みいただきますようお願いいたします。

※郵送はレターパックプラスにて配送いたします。

(追跡サービスで郵便物の配達状況を確認できることから使用しています)

ご不明な点等ございましたら外来窓口にてご相談いただくか、以下までお問合せください。 TEL 0475-58-5000(代表) 医療法人静和会 浅井病院 診療情報管理室カルテ開示担当

個人情報に関する開示請求書

令和 年 月 日

医療法人静和会 浅井病院 院長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求いたします。

| | | , | フリカ゛ナ | (姓) | | | (名) | | | |
|---|----------|---|-------------|---------|-----|------------|----------|---------|-------|------|
| 開示を受け | | | 者氏名 | | | | | | | |
| ようとす 患 者 | ける | | 紧券番号 | | | | | | | |
| | - | | 住所 | | | | | | | |
| | | 生 | 年月日 | | | | <u> </u> | A D - I | -p /_ | |
| | F | 要約書 診療記録のすべて 診療録 (カルテ) 検査記録・検査成績表 エックス線写真 | | | | 診察日・部位等 | | | | |
| 開示を希 | 希望 录等 | | | | | カルテ開示期間: ~ | | | | |
| (該当する を○で囲 | ものむ) | 6 | | 、MRI、エコ | - | | | | | |
| | 開示請求者 | | | | | | | | | |
| | | | | | の関係 | | | | | |
| | | | | | 所 | | | | | |
| | | | | 電話 | 番号 | | | | | |
| | | | | | | | ···· | | | |
| | | | | | (本) | 委任状 |) | | | |
| 私は、上記のとおり、 <u>(請求者)</u> に対して、貴院が保有する、 私の診療記録等が開示されることに同意いたします。 | | | | | | | | | | |
| 患者本人(自署) | | | | | | | | | | |
| 【当院使 | 用欄】 | | | | | | | | | |
| | _ | を了る | 承します。 | | | | | | | |
| | 受付 | 计 | 担当医 | 事務局長 | 副院長 | 院長 | 理事長 | | 開示実施 | 費用徴収 |
| | | | | | | | | | | |
| この開示請求に対して意見書を添えて了承します。 | | | | | | | | | | |
| ارا رد ب | 受付 | | 担当医 | 事務局長 | 副院長 | 院長 | 理事長 | | 開示実施 | 費用徴収 |
| | | | | | | | | | | |
| この開示請求に対しては、意見書に記載した理由等により了承できません。 | | | | | | | | | | |
| <u>_</u> √/J | 受付 | | 担当医 | 事務局長 | 副院長 | 院長 | 理事長 | | 開示実施 | 費用徴収 |
| | | | | | | • | | | _ | |