

診療記録等の開示をご依頼される方へ（ご案内）

中日病院では、患者様との信頼関係を深め、いっそうのサービスの充実を図るため、診療記録等の開示のご依頼があった場合、個人情報の保護及び診療上の支障をきたさないこと等を確認した上で開示させていただいております。

診療記録等の開示をご依頼される方はあらかじめ、この案内をご覧いただき、必要書類を添えて手続きされるようお願いいたします。（受付時間は、外来診療時間内とさせていただきます。）

1. 診療記録等の開示お申し出ができる方

開示のお申し出ができるのは、次のいずれかに該当される方に限ります。

なお、お申し出があった場合、患者様の個人情報の保護の必要から、当院の診療記録等開示検討委員会で開示の可否について検討させていただきます。

① ご本人によるお申し出の場合

1. ご本人であることを証明する書類を提示してください。

（主治医による確認で代えることが出来ます。）

② 法定代理人によるお申し出の場合

1. お申し出者本人であること、患者様が未成年者又は成年被後見人であること及びその法定代理人であることを証明する書類を提示してください。
2. 患者様が満15歳以上の場合は診療記録等開示同意書(様式2)を添付してください。

（ただし、患者様が合理的判断の出来ない状態にあると認められる場合を除きます。）

③ 実質的に患者様のケアを行っている親族又はそれに準ずる者によるお申し出の場合

1. お申し出者本人であることを証明する書類を提示してください。
2. 患者様が満15歳以上の場合は診療記録開示同意書(様式2)を添付してください。

（ただし、患者様が合理的判断の出来ない状態にあると認められる場合を除きます。）

④ ご遺族(原則として配偶者及び一親等の血族とする。)によるお申し出の場合

1. お申し出者本人であること及び患者様のご遺族であることを証明する書類を提示してください。
2. 上記の『証明する書類』において、写真の無い書類の場合には2種類以上の提示が必要です。
3. 複数の連絡先があれば連絡方法欄に記入してください。

4. 診療記録等の開示決定について

開示のお申し出に対する開示の可否については、申請書を受理した日から14日以内にお電話又は診療記録等開示取扱通知書により、お申し出者本人あてに通知します。なお、やむを得ない理由により期日までに決定できない場合は、決定期間延長通知書により、お申し出者本人あてに通知します。

5. 診療記録等の不開示について

当院は患者様への開示を積極的にすすめておりますが、診療記録等を開示することにより、患者様の治療効果等への悪影響を及ぼすことが懸念される場合等、開示が適当でないと認められる相当な理由がある場合は、診療記録等の全部または一部を非開示とすることがありますので、ご了承ください。

6. 診療記録等の開示方法について

開示は写しの交付又は閲覧により行います。

7. 希望される方は、主治医等が口頭又は、文書により補足説明を行います。

① 別途有料になります。(面談費用と同等(¥4,320/15分))

② スケジュール等を調整して、後日ご来院いただきます。

8. 係る費用は申請者の負担とします。

① 開示に係る事務手数料 : 2,160円(諸経費充当)

② コピー機使用 : 10円/1枚

③ デュープ(CD) : 2,160円

④ デュープ(フィルム) : 1,080円/1枚(サイズを問わず)

⑤ 腹部超音波フィルム等 : 50円/1枚

⑥ “①開示に係る事務手数料”の2,160円については、最低保証額とし、諸費用の合計が2,160円以下の場合には諸費用を含むものとし、諸費用の合計が2,160円を超えた場合にはその金額を総額とする。資料等の貸し出し・売却に係る費用についても同様の基準で行うものとする。

⑦ 保険会社等からの依頼については別途定める料金とする。

⑧ 他: 上記以外については院内規定に準じ、別途定めるものとする。

⑨ お渡しが郵送の場合、別途郵送料(510円)をいただきます。

中日病院 診療記録開示検討委員会

作成: (H30.04.01)

診療記録等開示申請書

院長	事務部長	医事課長	担当者

中日病院院長殿

下記の通り申し出ます

(申請日 平成 年 月 日) 2013.07.18

申請者	氏名		電話番号	(ご自宅等)
	住所			
患者との続柄	本人 ・ 法定代理人 ・ 親族(1親等の血族に限る) ・ 他(・ 損保等)			
連絡方法等	希望する連絡先 (自宅 ・ 携帯等) 家人等への伝言は (可 ・ 不可 ・ 他 ())			

患者の氏名等 (患者本人が申出者の時は記載不要)	氏名		ID.	—
	住所			
	患者の状況	1. 成年者(本人の同意(有り ・ 無し (理由))) (※要同意書) 2. 成年被後見人 (※要後見登記事項証明書) 3. 未成年者 (満15歳以上) ・ (満15歳未満) 4. その他 ()		

申出に関する診療記録等の内容	1. 診療記録等(診療録・看護記録・手術記録・他) 2. 放射線等の写真等(CDによる ・ フィルムによる) 3. 他()
開示の区分(○で囲む)	1. 写しの交付 2. 閲覧
開示の対象期間	1. 特 に 無 し 2. ご希望があれば ()
補足説明の希望	1. 希望なし 2. 希望あり (医師・看護師・他) (別途調整が必要)

以下はご記入不要です

事務	申出者本人確認欄(○)	(1)運転免許証 (2)旅券 (3)健康保険等の被保険者証 (4)その他()
処理欄	申出者資格確認欄(○)	(1)戸籍謄本・抄本 (2)後見登記事項証明書 (3)その他()

1. 主治医等の意見(医師記載①～⑥)

申出者が開示対象者であることの確認(①)	1. 患者本人である。 2. 患者の法定代理人である。 (2.2 損保会社等(CD作成依頼の場合のみ可)) 3. 実質的に患者のケアを行っている親族又はそれに準ずる者である。 4. 遺族(配偶者又は一親等の血族)であり、開示することが開示の目的に合致すると認められる。
患者本人でない場合で患者の同意が得られない場合(②)	1. 患者は合理的判断が出来ない状態にあると認められる。 2. 患者は合理的判断が出来ない状態にあると認められない。
開示の可否(③)	1. 全部開示が適当と思われる。 2. 部分開示が適当と思われる。(非開示とする部分は別紙のとおり) 3. 非開示が適当と思われる。 4. 委員会の開催を求める。
部分開示とした 場合の理由(④)	1. 治療効果等への悪影響を及ぼすことが懸念される。 2. 患者本人以外の第三者の権利益を損なうおそれがある。 3. 患者本人以外の申出者からの開示申し出で提供することにより当該患者の利益に反すると認められる。 4. その他、部分開示が適当と認められる相当な理由がある。(理由は別紙のとおり)

本開示申し出に対する主治医としての意見は上記のとおりです。(署名)

⑤平成 年 月 日	⑥氏名	印
お受け取り ご署名	平成 年 月 日	

同意書

平成 年 月 日

中日病院院長殿

患者様の住所

氏名 (印) (M・T・S・H 年 月 日生)

中日病院における私の診療記録等の開示について、本書面を持参する者について、下記の事項を行うことについて同意します。

記

私に代わり、私の診療記録の、

1. 閲覧
2. コピーの作成
3. 補足説明等

(一部同意しない場合には二重線で抹消、押印願います)

今回の開示にかかる一連の処理の終了とともに同意書の目的も終了するものとする。(ただし記入日より最長3ヶ月を限度とする)

以上

(様式2)