

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(4,400 円/30 分 以後 15 分毎に 2,200 円追加))

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 :4,400円(諸経費充当) コピー代 1 枚 10 円

② デュープ(CD) :2,200円

③ “①開示に係る事務手数料”の4,400円については、最低保証額とし、諸費用の合計が4,400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4,400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。

④ 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。

⑤ 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。

⑥ お渡しが郵送の場合、別途郵送料(600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)

改定: (2019.10.1)

改定: (2021.12.15)

改定: (2025.12.1)

委任状

年 月 日

中日病院 病院長殿

(代理人)

住 所：

氏 名：

生年月日： 年 月 日（西暦）

本人との関係：

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

- ・ 診療に関する記録・情報の開示
- ・ 診療に関する診断書・証明書等の発行

に関する一切の行為

(本人)

住 所：

氏 名：

印

生年月日： 年 月 日（西暦）