

# 診療情報開示のご案内

江南厚生病院では厚生労働省が定めた「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います。

開示にあたっては治療効果の影響やプライバシーの保護等について支障が生じないことまた、刑法上の守秘義務及び個人情報保護法の観点からも厳密な書類上の手続きが必要となりますので以下の点につきましてご理解をいただき、手続きされますようお願いいたします。

## 1. 開示対象となる診療情報

旧愛北病院、旧昭和病院の現存する諸記録及び江南厚生病院において作成管理される以下の諸記録に含まれる情報が対象となります。なお、他の医療機関において作成された紹介状、証明書等は対象外です。

- (1) 診療録(医師の診療記録、処方記録、看護記録、検査結果記録など)
- (2) 画像記録(X線、CT、MRI など)

## 2. 開示請求できる方

- (1) 原則として患者さん本人（成人で判断能力のある場合に限る。）
- (2) 患者さん本人以外で開示請求できる方
  - ① 患者さんが未成年である場合はその法定代理人（ただし、満15歳以上の未成年の場合には疾病の内容によっては、本人のみの請求を認めるものとします。）
  - ② 患者さん本人から代理権（患者さん本人が指名した）を与えられた親族
  - ③ 患者さんの判断能力に疑義がある場合は、親族(2親等内) および現に患者さんの世話をしている縁故者。親族がない場合は、法定代理人
  - ④ 死亡した患者さんの遺族（2親等内）または、その遺族より依頼された法定代理人
  - ⑤ パートナーシップ・ファミリーシップ制度にて発行された証明書及び証明カードにて患者との縁故関係を証明できる者
  - ⑥ 患者本人と内縁関係にあり、健康保険資格にて患者本人の被扶養者と証明できる者。または、患者本人と住民票を同じにして続柄の欄に「妻(未届)」もしくは「夫(未届)」と記載されている者
  - ⑦ 個人情報の保護に関する法律の第16条の3に規定する第三者の例外

### 3. 開示の方法

診療録等の開示方法には、閲覧と複写の交付があります。

#### (1) 診療録等の閲覧

- ・開示請求者の同意が得られている親族は開示場所に同席することができます。ただし、同席できる家族の範囲は民法に規定されている2親等以内の親族といたします。
- ・診療情報管理担当者が同席いたします。
- ・医師の立会いが必要な場合は、原則として担当医とし、希望があった場合には、必要に応じて補足説明を行います。ただし、担当医の立会いが困難な場合には、該当診療科の医師が立ち会います。

#### (2) 診療録等の複写の交付

- ・診療録等のコピーまたは、電子カルテから印刷し交付します。

### 4. 申請の手続き

開示を希望される場合は、各受付にお申し出ください。診療情報管理担当者より手続きの説明をいたします。

#### (1) 申請時に必要な書類

##### ① 患者さんご本人の場合

ご本人であることを証明できるもの（運転免許証など）をご提出ください。

##### ② 患者さんご本人以外の場合

患者さんご本人の委任状（同意書）、申請者と患者さんとの関係を証明できるもの（戸籍謄本など）、申請者ご本人の身分証明書をご提出ください。

#### (2) 開示可否の回答は開示申請書を受理した日の翌日から起算して、14日を目途に連絡いたします。

### 5. 開示の決定

次のいずれかに該当する場合は開示できない場合がありますのであらかじめご了承ください。

- (1) 治療効果等への悪影響が懸念されるとき。
- (2) 患者本人以外の第三者の権利利益を損なうおそれがあるとき。
- (3) 患者本人以外から開示請求がなされた場合であって、患者本人が開示を希望しない場合。又は開示することが当該患者の利益に反するとみられるとき。
- (4) その他、開示を適当でないと認める相当な理由があるとき

## 6. 開示に伴う諸経費

(単価は税込)

開示手数料		1件	1,500円
複写		1枚	20円
画像診断フィルム複写	半切	1枚	330円
	大4ツ	1枚	220円
CDでの提供 (カルテ)	CD	1枚	2,200円
	(フィルム)	CD	1枚

# 診療録等開示請求申請書

江南厚生病院 院長殿

## 1.患者の氏名・住所等

フリガナ		患者ID
患者氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日生

## 2.申請者の住所氏名等

フリガナ		患者との関係
申請者氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族 ( ) <input type="checkbox"/> 親族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
住所	〒 ー 電話番号 ( )	
開示の種類	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 科 年 月分 ~ 年 月分	提供方法 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 (紙・CD)
画像記録		<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 (フィルム・CD)
上記のとおり、診療情報の提供を希望します。 令和 年 月 日		

\*同意書は申請者が患者本人の場合は不要です。

本人同意書	
私は、上記のとおり、申請者 _____ に対して、私の診療情報が提供されることに同意いたします。	
患者本人(自筆)	印

\*事務局使用欄

申請者本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
患者との関係確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ( )

委員長	担当医師	担当医師	病棟課長	病棟課長	外来課長	決定
	科	科	病棟	病棟		開示・非開示