

カルテ（診療情報）の開示について

当院では、患者さんに疾病と診療内容を十分に理解していただき、医療従事者とのより深い信頼関係の下で、協力して治療に取組まれるように、患者さんの請求に応じて診療情報の開示を行っています。

（他院から当院への診療情報提供書（紹介状）等は基本的に開示できません。）

開示請求が出来る方

- 患者さん本人
- 患者さんに法定代理人がいる場合には、法定代理人
- 患者さんから代理権を与えられた親族
- 遺族（法定相続人）
- 代理権を得た保険会社及び調査機関

開示請求受付窓口・時間

- 受付窓口・・・ 診療情報管理室
- 受付時間・・・ 月曜日～金曜日 8：30～17：30
(土曜・日曜・祝祭日・年末年始は除く)

開示請求の手続きについて

1. 開示請求の申し込み

下記の必要書類を印刷、必要事項を記入のうえ持参いただかずか、
「診療情報開示申請書」とび「診療情報開示申請書（保険会社等）」については、
窓口（医事課）にてご記入ください。

- 診療情報開示申請書の提出
- 委任状（同意書）の提出 ※申請がご本人以外の場合
- 診療情報開示申請書（保険会社等）の提出

2. 開示請求に必要なもの

1. 申請者本人確認書類

- 運転免許証
- パスポート
- マイナンバーカード(顔写真のある表面のみ)
のいずれか、上記証明書がない場合のみ健康保険証
- 名刺+顔写真付の社員証(保険会社・調査機関の方のみ)

2. 患者本人以外が請求する場合は、申請者本人確認書類以外に下記の該当する書類
 - 法定代理人、任意後見人の場合は、それを証とするもの
親族の場合は患者さんとの関係がわかる証明書
(3ヶ月以内に取得した戸籍謄本・住民票(世帯主との続柄記載)等)
(※上記については、「委任状」が必要になりますので印刷、必要事項記入のうえ持参いただくか
窓口で書類をお受け取りの上ご記入ください。)
 - 遺族(法定相続人)の場合は、それを証とするもの
 - 診療情報開示申請書(保険会社等)を提出する任意代理人の場合は、
患者さんからの委任状。委任状は、3ヶ月以内に取得した同意書の原本。

3. 開示請求をお断りする場合

- 第三者の利益を害する恐れがあるとき
- 患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき
- 診療情報の開示を不適当とする相当な事由が存在するとき

4. 開示に係る期間

原則、請求日より14日以内に行い、書面又はお電話にて通知いたします。

5. 開示に係る費用

- 開示手数料・・・3,300円(税込)
- 診療録の写し(1枚)・・・22円(税込)
- 画像CD(1枚)・・・2,200円(税込)
- 閲覧・・・1,100円(税込)(30分ごと、1時間まで)
- 面談・・・5,500円(税込)(30分まで)

※診療情報のお受け取りを郵送にてご希望の場合は、別途レターパック
プラス(追跡)代の料金が発生します。

6. 受け取り

申請者以外の人が受け取りに来た際は、申請者本人に確認の上、受け取りの方の
身分証明書の写しをいただきます。

お問い合わせ先

ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

医療法人相生会 新吉塚病院 診療情報管理室
TEL: 092-621-3706

診療情報開示申請書

医療法人相生会 新吉塚病院
院長 殿

(西曆)

年 月 日

申請者欄	(フリガナ) 氏名	男・女			
		(西暦)	年	月	日 生
患者との関係	1. 本人 2. 法定相続人 3. 法定代理人 4. 任意代理人 5. その他 ()				
住所	〒				
	電話番号 () -				

(注1) 「氏名」欄は、必ず申請者本人が署名してください。

(注2) 「住所」欄は、申請者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入してください。
また、番地、アパート名等まで詳しく記入してください。

以下のとおり診療録等の開示を申請し、その際にかかる費用をお支払いすることに同意します。

患者欄	患者ID:			
	氏名	(フリガナ)	男・女	
	住所	(西暦) 年 月 日 生		
診療記録の内容	電話番号 () -			
(1)入外区分 (入院 ・ 外来)				
(2)診療記録 (カルテ)		年 月 日 ~	年 月 日	
		電子カルテ	1 修正履歴あり	2 修正履歴なし
(3)画像		年 月 日 ~	年 月 日	
(4)検査結果		年 月 日 ~	年 月 日	
法定代理人 又は相続人が 開示請求する場合	【患者の状態】 (1)15歳以上:同意の 有 ・ 無 (2)15歳未満 (2)成年被後見人 (4)死亡			
開示の方法	1. 閲覧のみ 2. 謄写(コピー)のみ 3. 閲覧と謄写(コピー)			

(注3) 申請の際には、請求者本人であることの証明書(健康保険証・運転免許証等)を提出して下さい。

また、受付の際に証明書のコピーをさせていただきます。

(注4) 法定代理人又は相続人が請求する場合には、注3の書類の他、その資格を確認する為に3ヵ月以内に取得した戸籍謄本・住民票（世帯主との続柄記載）等の原本を提出して下さい。

(注5) 申請者が患者様本人で、現在、受診当時の「氏名及び住所」に変更がなければ患者欄の記入は不要です。

(注6) 電子カルテに保存されている診療記録については、開示期間の全情報が対象となります。

(注7) 患者欄の氏名には、受診当時の名前を記入してください。

※院内決裁欄

院長	事務部長	看護部長	主治医	診療情報管理委員長

医療法人相生会 新吉塚病院
病院長 殿

委 任 状 (同意書)

私は、

(代理人氏名)

(患者本人との関係)

〒

(住所)

(電話番号)

()

を代理人として、私の診療記録の開示について委任（同意）いたします。

年 月 日

委任者（患者本人）

患者さんご本人がご記入ください

印

氏名

生年月日 年 月 日 生

〒

住所

電話番号

()

（注）委任状のほかに、患者さんと代理人との関係を証明する書類が必要です。

診療情報開示申請書

(保険会社等)

(西暦) 年 月 日

医療法人相生会 新吉塚病院
院長 殿

会社名

印

住所 〒

電話番号

代表者名

印 ※

担当者名

印

※ 会社名と担当者名を記載し押印して下さい。

社印の押印が出来ない場合は、代表者名を記載し捺印をお願いします。

下記のとおり診療記録の開示を申請し、その際にかかる費用をお支払いすることに同意します。

なお、提出いたしました同意書につきましては、弊社が全て責任を負うものとします。

記

患者情報	患者 I D :					
	氏名	(フリガナ)			男・女	
	住所	〒		(西暦)	年	月
診療記録の内容	電話番号 () -					
	(1) 入外区分 (入院 ・ 外来)					
	(2) 診療記録 (カルテ)		年 月 日 ~ 年 月 日			
			電子カルテ	1 修正履歴あり	2 修正履歴なし	
	(3) 画像		年 月 日 ~ 年 月 日			
(4) 検査結果		年 月 日 ~ 年 月 日				

■ 支払方法 (振込 ・ 窓口 ・ その他 ())

※院内決裁欄

院長	事務部長	看護部長	主治医	診療情報管理委員長