

診療記録等（個人情報）の開示について

I. 診療記録等（個人情報）の開示について

患者様ご自身の意思により申請していただき、当院の診療情報管理委員会の許可を得た場合に開示いたします。

診療中の説明以外にご自身で診療録の閲覧や複写等を希望される場合は、申請に基づき当院の診療情報管理委員会において審議し許可しています。

診療情報は患者様ご自身の非常に大切な『個人情報』であり重要なプライバシーであるため、診療記録等の個人情報の開示はあくまで『患者様ご自身の意思による申請』とそれに基づく診療情報管理委員会の審査を原則としており、審査に対する期間も必要となっておりますのでご了承願います。

II. 診療記録等（個人情報）の開示等を求めることができる方

1. 患者様ご本人が成人で判断能力がある場合には、患者様ご本人。
2. 患者様ご本人に法定代理人がある場合には、法定代理人。ただし、満15歳以上の未成年者については疾病の内容によっては、本人のみの請求を認めることができます。
3. 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人。
4. 患者様ご本人から代理権が与えられた親族及びこれに準ずる者。
5. 患者様ご本人が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実には患者様の世話をしている親族及びこれに準ずる者。

III. 診療記録等（個人情報）の開示等の申請について

1. 診療記録等（個人情報）の開示等の申請する場合は、各申請書により行ってください。
2. 診療記録等（個人情報）の開示等の申請は、来院及び郵送により受付ます。
3. 診療記録等（個人情報）の開示等の申請者が本人又は代理人であるかを確認するため、顔写真付き公的証明書をご用意ください。郵送による申請の場合は写しをご送付してください。

（ご本人の場合）

1. 顔写真付で氏名、生年月日、住所を確認できる以下の公的証明書

①運転免許証 ②パスポート ③マイナンバーカード ④外国人登録証明書

2. 健康被保険者証等顔写真のない証明書の場合には、住民票若しくは戸籍謄(抄)本を添付
(代理人の場合)

1. ご本人及び代理人の上記証明書

2. 代理権を証する書類

- ・患者様ご本人の署名捺印された当院所定の委任状
- ・裁判所が法定代理人を選任した場合は、裁判所の証明書
- ・成年被後見人の法定代理人場合は、法務局の登記事項証明書
- ・禁治産者宣告書

4. 診療記録等（個人情報）の開示等の申請には以下の手数料が必要となります。

①診療録、検査記録、検査成績表等紙媒体のコピー一枚につきサイズを問わず60円となります。

②X線、CT、MRI等の画像については電磁記録媒体（CD又はDVD）での交付となります。

CD又はDVD1枚につき1,500円となります。追加1枚につき500円が加算されます。

③診療経過等の要約書は、5,000円となります。

④主治医の説明を希望する場合は、1回30分につき5,000円となります。

（30分を超える毎に5,000円が加算されます）

⑤上記①～④の金額に別途消費税がかかります。

⑥郵送を要する場合は別途送料が必要となります。

5. 診療記録等（個人情報）の開示等の受付及びお問い合わせ窓口

〒252-0325 神奈川県相模原市南区新磯野2丁目7番10号

医療法人社団 松寿会 丘整形外科病院 診療情報管理室

TEL : 042-748-1201 (内線360) Mail : okaim@zpost.plala.or.jp

①受付曜日 水曜日、木曜日、土曜日

②受付時間 9:00～17:00(水曜日・木曜日)

9:00～13:00(土曜日)

※ その他ご不明の点は、外来受付窓口または診療情報管理室へお尋ねください。

診療記録等（個人情報）開示申請書

丘 整形外科病院 病院長 殿

私は、貴院が保有する下記の患者について診療記録等（個人情報）の開示を申請いたします。

診療記録等の開示を受けたい患者						
患者番号		最終受診	年	月		
ふりがな		生年月日				
氏名		M T S H R	年	月 日生		
住所						
電話番号						
希望する開示方法 (希望する項目に○)	1. 閲覧 2. 口頭による説明 3. 要約の交付 4. 複写の希望 (複数項目の希望も可)					
開示を希望する診療記録等	診療期間・部位等		診療区分	閲覧	複写	
1 診療記録の全て			入院・外来			
2 診療録			入院・外来			
3 検査記録・検査成績表			入院・外来			
4 画像診断写真			入院・外来			
5 看護記録			入院・外来			
6 手術・麻酔記録			入院・外来			
7 リハビリテーション記録			入院・外来			
8 退院時サマリー			入院・外来			
9			入院・外来			
閲覧希望日 (複写のみ希望の方は記入不要)	第一希望日	年	月	日	午前・午後	時
	第二希望日	年	月	日	午前・午後	時
	第三希望日	年	月	日	午前・午後	時

令和 年 月 日

開示申請者 氏名 _____ (印)

患者との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

【当院使用欄】

- 申請者の確認方法：1. 運転免許証 2. パスポート 3. マイナンバーカード 4. 外国人登録証明書
5. 健康保険証及び戸籍謄(抄)本、又は住民票 6. その他()

院長承認	主治医確認	申請者本人確認	委任状確認	受付者
承認日 /	確認日 /	確認日 /	確認日 /	受付日 /

委任状

丘 整形外科病院 病院長 殿

令和 年 月 日

委任者 住所
電話

氏名 ⑩

受任者 住所
電話

氏名 ⑩

委任者との関係

委任者は、_____を代理人と定め、下記の権限を委任します。

ついては、代理人が貴院が保有する診療記録等（個人情報）の開示等の請求を行うにあたり、委任者は全ての責任を負担し代理人の一切の行為、結果については責任をもって処理し、貴院へは迷惑をかけないことを約束いたします。

またこの委任を解除する場合は、委任者は別途の書面により貴院に通知するものとし、貴院が当該通知の受領以前に行った行為については、委任者が引き続き責任を負い、貴院に一切の迷惑損害をおかけ致しません。

記

1. 貴院の保有する委任者に関する診療記録等（個人情報）についての下記請求に関する権限。

- 利用目的の通知
- 開示
- 訂正・追加・削除
- 利用停止
- 消去
- 第三者提供の停止

※ 欄にチェックをお入れください。

【当院使用欄】

- 申請者の確認方法：1. 運転免許証 2. パスポート 3. マイナンバーカード 4. 外国人登録証明書
5. 健康保険証及び戸籍謄(抄)本、又は住民票 6. その他()

診療情報管理室	受任者確認書類	委任者確認書類	受付者
受領日 /	確認日 /	確認日 /	受付日 /