

# カルテ等の開示を希望される方へ

九州労災病院長

当院では、患者様が自分の病気について深く理解された上で治療に専念していただけるように、患者様からカルテ等診療記録の開示の希望があった場合には、治療効果へ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を確認した上で開示をしております。

ただし、診療記録の開示にあたっては、刑法上の守秘義務及び個人情報保護法がありますので、厳密な書類上の手続きが必要となります。

開示を希望される方はこの案内をご覧ください、必要な書類をご持参の上手続きされますようお願いいたします。

## 1 開示を申請することができる方

- (1) 満15歳以上の患者様ご本人（ただし、成年被後見人等を除きます。）
- (2) 患者様の法定代理人（親権者、後見人）
- (3) 実質的に患者様のお世話をしている親族またはこれに準ずる方

※ ただし、(2)(3)において、患者様が満15歳以上の場合は、成年被後見人等を除き、患者様の同意が必要となります。

## 2 申請の手続き

- (1) 申請される方は、診療情報提供申請書にご記入の上、必要な書類を添えて医事課へ提出していただきます。
- (2) 申請書を受理後は、開示しても差し支えがないか等について病院として検討をさせていただきますので、決定までの間お待ちいただきます。
- (3) 決定後申請者あてに開示の可否について連絡いたします。
- (4) 開示を行う場合は、申請されたご本人に行うこととなります。

## 3 開示ができない場合

次の場合は開示ができないこと（一部開示ができないこと）がありますので、あらかじめご了承ください。

- (1) 患者様の心身状態や治療効果に悪影響があると予想される場合
- (2) 紹介状など第三者から得た情報が含まれており、当該第三者の了解が必要な場合
- (3) 開示することにより患者様及び関係者の権利、利益または生命の安全を損なう恐れのある場合
- (4) 治療目的でない診断に関する診療記録である場合
- (5) 保存期間を過ぎた記録に関する場合  
診療録…最終受診日より5年を経過したもの。  
画像記録…最終撮影日より5年を経過したもの。

#### 4 申請書の提出の際にお持ちいただく書類

情報開示の申請をされる方の区分により、必要な書類が異なります。

- (1) 満15歳以上の患者様ご本人（ただし、成年被後見人等を除きます。）



書類A

- (2) 患者様の法定代理人（親権者、後見人）



書類A、書類Bの両方

ただし、患者様が満15歳以上の未成年者の場合は、成年被後見人等である場合を除き、申請書の該当欄に患者様ご本人の署名捺印が必要となります。

- (3) 実質的に患者様のお世話をしている親族またはこれに準ずる方



書類A、書類Cの両方

このほかに、患者様との関係を証明するものの提出をお願いする場合があります。

##### 書類A

申請する方がご本人であることを証明できる顔写真・生年月日がある書類  
(運転免許証、パスポート、公共機関発行の証明書等)

##### 書類B

戸籍謄本（抄本）、住民票、家庭裁判所の証明書等、法定代理人であることを証明できる公的な書類

##### 書類C

患者様ご本人の同意書、委任状

- ① 患者様ご本人が成人で合理的判断ができる方の場合  
同意書（申請書の該当欄に患者様ご本人の署名捺印が必要です）
- ② 患者様が満15歳以上の未成年で合理的判断ができる方の場合  
上記①の同意書と患者様の法定代理人の委任状が必要です。
- ③ 患者様が15歳未満の場合もしくは判断能力に疑義のある方の場合  
患者様の法定代理人の委任状が必要です。

## 診療記録の開示に関する料金のご案内

診療記録の開示を行う場合には、次の料金が必要となります。

九州労災病院長

### 料 金 表

○ 開示基本料金		5,400円
○ 診療録の写し（コピー1枚につき		32円）
○ 画像コピー料金表		
①一般撮影CD・DVDコピー	1回/日	2,160円
②CT撮影CD・DVDコピー	1回/日	2,160円
③MRI撮影CD・DVDコピー	1回/日	2,160円
④その他撮影CD・DVDコピー	1回/日	2,160円
○フィルムコピー料金		
①CRフィルムコピー	1枚	1,080円
②半切フィルムコピー	1枚	1,512円
③その他フィルムコピー	1枚	864円

※ 上記の金額は消費税を含んでいます。

平成26年4月1日現在

診 療 情 報 提 供 申 請 書

受付年月日 平成 年 月 日

1 提供を受けたい診療情報の内容(診療情報の種類・対象期間等)			
イ	入院診療録 診療科: _____ 科	入院期間: . . . ~ . . .	
	検査記録を 含める ・ 含めない		
ロ	外来診療録 診療科: _____ 科		
	検査記録を 含める ・ 含めない		
ハ	画像記録 X線写真 CT MRI RI シンチグラム (部位等: _____)		
2 希望する提供方法(○でかこむ)			
イ 閲 覧			
希望日時(平日の午前9時から午後5時まで)			
	第一希望	月 日	午前 ・ 午後 時
	第二希望	月 日	午前 ・ 午後 時
	第三希望	月 日	午前 ・ 午後 時
ロ	コピー		
3 申請理由(○でかこむ)			
イ	傷病の状態について知りたいため		
ロ	治療行為の目的・内容について知りたいため		
ハ	傷病のことについて第三者に相談したいため		
ニ	その他( _____ )		
4 患者の氏名等			
氏 名		生年月日	M T S H 年 月 日
住 所			
電話番号	( _____ ) - _____		
上記のとおり診療情報の提供を受けたいので申請します。			
平成 年 月 日			
九州労災病院長 殿			
	氏 名	印	(患者との続柄: _____)
	申請者住 所		
	電話番号 ( _____ )	-	
(患者の同意が必要な場合の患者記入欄)			
	患者署名	印	

※確 認 欄 (申請者は記入しないでください)

(本人証明)	
・運転免許証	・パスポート ・健康保険証 ・その他( _____ )
(代理人証明)	
・患者本人の同意	・法定代理人証明書 ・戸籍謄本(抄本) ・委任状
・その他( _____ )	

注 1 申請には各種証明書が必要です。また、受付の際に証明書のコピーをさせていただきます。

2 申請者氏名欄は、記名捺印又は申請者本人の自筆による署名をしてください。

3 情報提供には当院規程(別紙)の情報提供料をいただきます。

委 任 状  
(親族またはこれに準ずる者用)

労働者健康福祉機構  
九州労災病院長 殿

私は、

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

を代理人として、下記の事項を委任します。

記

患 者 氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 M T S H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住 所 \_\_\_\_\_

に関する診療記録の開示を申請し、閲覧および写しの交付などを受ける件について。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(患者もしくは法定代理人)

委任者署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

(注) 委任状のほかに、患者様と代理人の方との関係を証明するものの提出を求める場合があります。