

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歳以上の患者本人
- (2) 法定代理人（患者ご本人が未成年の場合や、審判により判断能力に欠くと認められる場合等）
- (3) 診療契約に関する代理権が与えられている任意後見人（弁護士・保険会社等）
- (4) 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者
- (5) 患者本人が成人で判断能力に疑義がある場合、現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者
- (6) 患者本人が死亡されている場合の遺族（配偶者・子・父母及びこれに準ずる者）

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6番書類窓口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検討いたしますので、決定までにお時間をいただきます。（3～4週間程度）
- (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) 開示は、申請された方に行います。

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、当該第三者の理解が必要な場合
- (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3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

【診療記録開示申請者の本人確認等に必要な書類】

満15歳以上の患者様ご本人	身分証明書 診療情報提供申請書
患者様のご家族様 (患者本人が未成年の場合)	申請者様の身分証明書 患者様との続柄を証明できる書類 診療情報提供申請書
患者様のご家族様 (患者本人の代理で申請する場合)	申請者様の身分証明書 患者様との続柄を証明できる書類 委任状 診療情報提供申請書
弁護士・保険会社等	患者様の委任状もしくは同意書 申請者様の身分証明書 診療情報提供申請書
上記に該当しない患者様以外の第三者	申請者様の身分証明書 患者様の身分証明書 患者様の印鑑証明等 委任状(実印) 診療情報提供申請書

【申請される方の身元確認に必要な書類の例】

申請される方すべて	公的機関の顔写真付き身分証明書等本人が確認できるもの (例：運転免許証・パスポート・マイナンバー)
-----------	--

【申請者と患者本人との関係を確認する書類の例(申請者が患者本人の場合は不要)】

患者本人の親族の場合	続柄が記載されている書類 (例：住民票・戸籍謄本)
------------	------------------------------

【その他の身元確認に必要な書類の例】

患者本人の判断能力や身体能力のため委任状の作成が困難な場合	患者本人の状態を確認できる書類 (例：医師の診断書・障害者手帳) (注) 当院受診継続中で、患者ご本人確認できる場合は省略可
患者本人が死亡されている場合	死亡の事実が確認できる書類 (例：住民票(除票)・戸籍謄本・死亡診断書) (注) 当院で死亡診断をした場合は省略可
成年の法定代理人又は任意後見人の場合	確認書類 (例：登記事項証明書・公正証書)

※顔写真付き身分証明書がない場合は、2点確認となります。

(例：健康保険証と年金手帳 等)

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		5,500円
○ 診療録の写し（コピー1枚につき）		33円
○ 画像コピー料金表		
①一般撮影CD・DVDコピー	1撮影	2,200円
②CT撮影CD・DVDコピー	1撮影	2,200円
③MRI撮影CD・DVDコピー	1撮影	2,200円
④その他撮影CD・DVDコピー	1撮影	2,200円
○フィルムコピー料金		
①CRフィルムコピー	1枚	1,100円
②半切フィルムコピー	1枚	1,100円
③その他フィルムコピー	1枚	880円

※上記の金額は消費税を含んでおります。

令和6年2月1日現在

診療情報提供申請書

受付年月日 令和 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: 年 月 日 ~ 年 月 日
□診療記録 □検査記録 □手術記録
□その他()

ロ 外来診療録 診療科: 科 外来期間: 年 月 日 ~ 年 月 日
□診療記録 □検査記録 □手術記録
□その他()

ハ 画像記録 X線写真 CT MRI RI シンチグラム
(部位等: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)

2 患者の氏名等

フリガナ
氏名
生年月日 T S H R 年 月 日
住所
電話番号 () -

上記のとおり診療情報の写しの交付を受けたいので申請します。

令和 年 月 日

九州労災病院長 殿

申請者氏名 印 (患者との続柄:)

申請者住所

電話番号 () -

※確認欄 (申請者は記入しないでください)

【申請者の身分証明書】(いずれか1点、顔写真ないもの(健康保険証等)は2点必要)

・運転免許証 ・ パスポート ・ マイナンバー

【代理人が申請する場合】※上記に追加が必要

・住民票 ・ 戸籍謄本 ・ 委任状 ・ 同意書

・その他()

注 1 申請には各種証明書が必要です。また、受付の際に証明書をコピー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

労働者健康安全機構

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 T S H R 年 月 日生

住 所 _____

に関する診療記録の開示を申請し、写しの交付などを受ける件について。

令和 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。