

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「国立病院等における診療情報の提供に関する指針」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) 医師法第24条に規定する診療録
- (2) 歯科医師法第23条に規定する診療録。
- (3) 画像診断等の諸記録

2.開示請求できる方

- (1) 患者本人（成人で判断能力のある場合に限る。）
- (2) 患者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。）
- (3) 患者本人から代理権（患者本人が指名した）を与えられた親族。
- (4) 患者の判断能力に疑義がある場合は、親族(2親等内) および現に患者の世話をしている縁故者。親族がない場合は、法定代理人。
- (5) 死亡した患者の遺族（2親等内）

3.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。

4.開示の決定

開示申請書を受理後、院内で開示しても差し支えないか等につい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。

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、7日以内に連絡いたします。ただし、やむを得ない理由により期間内に回答ができない場合はその理由について、7日以内に連絡いたしますのでご了承ください。

5.開示ができない場合

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.開示の方法

- (1) 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。
- (2) 開示は閲覧によることを原則とします。諸記録の複写の交付を希望する場合はできるものとします。
- (3) 開示には診療情報管理担当者が同席いたします。

7.開示に伴う諸経費

(単価は税込)

開示手数料		1件	1,000円
複写		1枚	20円
画像診断フィルム複写	半切	1枚	310円
	大4ツ	1枚	210円
CDでの提供 (カルテ)	CD	1枚	2,160円
	(フィルム)	CD	540円

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 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	印	<input type="checkbox"/> 本人 <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	提供方法
	科 年 月分 ~ 年 月分	<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。 平成 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