

診療情報開示申請を希望される方へ

日本医師会診療情報提供に関するガイドンス検討委員会による「診療情報の適切な提供を実践するための指針」(平成 11 年 4 月)さらにその改定(平成 14 年 10 月)に基づき、診療情報開示を行っています。

情報開示申請の手続き方法

診療情報開示申し込みは 1F 受付カウンターにて行います。担当は事務部となります。

1. 診療情報開示を求めることが出来るかをご確認ください。

【診療情報開示を求めることが出来る方】

- ① 患者が成人で判断能力のある場合は、患者本人。
- ② 患者に法定代理人がある場合は、法定代理人。但し満 15 歳以上の未成年者については、疾病内容によっては本人のみの請求を認めることが出来ます。
- 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 患者本人から代理権を与えられた親族。
- ⑤ 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族およびこれに準ずる縁故者。

2. 該当者であれば、患者本人または親族、法定代理人を証明するものを、①～④までのいずれかをご準備ください。

- ① 運転免許証
- ② 印鑑証明
- ③ 健康保険証
- ④ パスポート

※親族であれば戸籍謄本をご準備ください。

※印鑑は必ずご用意ください。

3. 診療情報開示が出来ない場合があります。下記の項目に該当する方に関しては、開示拒否となります。

- ① 対象となる診療情報の提供、診療記録等の開示が、第三者の利益を害する恐れがあるとき。
- ② 診療情報の提供、診療記録等の開示が患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき。
- ③ 前二号のほか、診療情報の提供、診療記録等の開示を不適当とする相当な事由が存在するとき。

※当院にて情報開示が出来ないと判断され、納得できない場合には、医師会又は沖縄県医療安全センターに苦情処理機関がありますので、そちらにお問合せください。
(沖縄県医師会 TEL : 098-888-0087) (沖縄県医療安全センター TEL : 098-866-1260)

4. 情報開示を行う場合に必要な費用

診療情報開示を行う場合に、必要な費用がございますので、ご確認ください。

内容		料金(税込)
申込金	1 件	330 円
閲覧のみ	1 件	550 円
医師説明	1 件	5,500 円
謄写料金	1 枚 (サイズに関わらず)	20 円
CD - R 謄写料金	1 枚	1,100 円

※但し、レントゲンフィルム貸出に関しては、申込金・その他費用の支払いはございません。

5. 申込から回答までの期間

出来るだけ早めに処理を行う予定ですが、申込を行って開示回答が出るまでに準備等含むお時間を要する場合もございます。ご了承ください。

6. 診療情報開示に際して、医師の説明を希望される場合は、事前にお申込ください。

7. 閲覧においては、立会人を同席させていただきます。尚、同席人は、一切説明は致しません。

その他、疑問・質問等があればお問合せ下さい。

診療情報開示申込書

院長確認印

医療法人 おもと会

大浜第二病院 院長 殿

※太枠の中をご記入ください。

患者	フリガナ	生年月日		
	患者	西暦・明治・大正・昭和・平成		
	氏名			
	ID番号	年	月	日
開示を請求する 診療情報の内容	1. 診療記録等 2. その他	科	年 月 日より	外来 入院
開示方法	1. 診療録等の閲覧 2. 診療録等の謄写 (一部・全部)		3. その他 ※レントゲンの貸出・複写については別に定める	
患者の状況 (患者本人の場合は不要)	1. 未成年 2. その他 :	医師説明	希望する・希望しない	

申請者

氏名 : _____ 印

申請者と患者との関係 : 1. 本人 2. 親族 (続柄 :) 3. その他 :
 〒 _____ (電話番号) ()
 (住 所)

私は、上記のとおり、診療情報の開示を希望します。 年 月 日

実施希望日	第一希望	年	月	日	午前・午後	時
	第二希望	年	月	日	午前・午後	時
	第三希望	年	月	日	午前・午後	時

(本人同意書)

※患者本人の場合は記入不要

私は上記のとおり、申請者に対して、私の診療情報が開示されることに同意します。

患者本人(自筆) 印

【当院使用欄】	担当者サイン : _____	<input type="checkbox"/> コピー済み
申込受付月日	年 月 日	主治医サイン : _____
(資格確認)		
申請者本人 : <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 印鑑証明 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 : _____		
(患者本人の場合は記入不要)		
患者との関係 : <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 身元保証人確認 :		<input type="checkbox"/> その他 : _____