

令和2年9月1日

診療記録等診療情報開示の手続き

当院では、個人情報の保護に関する法律、個人情報保護に関する院内規程等に基づき診療記録等診療情報開示に対応しております。開示をご希望される方はこちらの説明をご覧ください、申請書は窓口にも用意してありますが、ホームページよりダウンロードしていただくこともできます。必要書類をご持参のうえ1階外来窓口までご来院ください。（開示申請時に費用を徴収します。下記参照）また、郵送申込み（書留郵便）の方のお受取りは病院窓口となります。開示/不開示の判断までは2週間以上を要します。担当者よりご連絡いたします。申込者以外の方（家族申請で本人。代理人申請で別の代理人。）がお受取りをされることは対応出来ませんので予めご了承ください。

●お申込み方法

- ① 窓口申込み → 出来上がり連絡 → 窓口お受取り
 - ② 郵送申込み（書留のみ）→ 出来上がり連絡 → 窓口お受取り
 - ③ 窓口申込み → 請求書送付 → 銀行お振込 → 郵送お受取り
- ※お申込み後の開示方法・開示内容の変更はいたしかねます。

●開示申請および開示には院内規程に基づき下記開示申請料（税込）がかかります。

＜開示申請時お支払い＞ 窓口受取り開示申請料 3,300円,
郵送受取り開示申請料 5,500円 + しゃっくプラス 600円
画像複写CD-R料 550円/1枚

※不開示となった場合、申請書類一式と開示申請料は返却・返金いたしかねます。

例1) 郵送申込みで画像複写も申し込む場合は、申請書類一式と3,850円を書留郵便する。

例2) 郵送申込みで画像複写を申し込まない場合は、申請書類一式と3,300円を書留郵便する。

＜開示受時お支払い＞ 開示複写料 30円/1枚
開示閲覧料 2,200円/30分
郵送受取り請求書送付料 一般郵便84円

●郵便申込み時は必要な書類一式と上記開示申請時お支払い料金を現金書留にてご郵送ください。

郵送先：〒192-0043 東京都八王子市暁町1-48-18

右田病院 診療情報管理室 開示担当宛 (042) 622-5155 (代)

●また、下記の理由で開示できない場合がございますので予めご了承ください。

- ・ 診療情報の提供が、第三者の利益を害するおそれがあるとき
- ・ 診療情報の提供が、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき
- ・ 当院の開示の手続き方法がとられないとき
- ・ 当院へのお支払いがお済みでないとき
- ・ 患者の死亡確認がとれないとき
- ・ 最終来院日より5年が経過している(法令で定められている)とき

〈② 郵送申込み → 窓口お受取り〉

※申込書類一式と開示申請時お支払い料金を現金書留にて郵送ください。

※お申込み者様以外のお渡しは致しかねますので予めご了承ください。

申込みできる方 提出が必要なもの (申請書類一式)		患者本人 (15歳以上)	患者 (15歳以上) の家族	患者本人 (15歳未満) の親権者	患者本人の 法定代理人	判断が困難と 医師が認めた 患者の家族	判断が困難と 医師が認めた 患者家族の 法定代理人	死亡患者の 家族	死亡患者の 家族の法定 代理人
申込み時	申込み先払い料金現金書留	○	○	○	○	○	○	○	○
	当院の診療記録等診療情報開示申込書	○	○	○	○	○	○	○	○
	当院の診療記録等診療情報開示に関する同意書	○	○	○	○	×	×	×	×
	申込み者の身分証明書の複写 (保険証・運転免許証など)	○	○	○	○	○	○	○	○
	戸籍謄本の複写	×	○	○	×	○	○	○	○
	申込み日より過去3ヵ月以内に作成した患者本人サイン(自筆)のある同意書または委任状の原本	×	○	○	○	×	×	×	×
	申込み日より過去3ヵ月以内に作成した患者家族のサイン(自筆)のある同意書または委任状の原本	×	×	×	×	×	○	×	○
	弁護士事務所の事務員が手続きする場合は、申込み日より過去3ヵ月以内に作成した弁護士のサイン(自筆)のある同意書または委任状の原本	×	×	×	○	×	○	×	○
受取り時	申込み時ご提出いただいた申込み者の身分証明書の原本	○	○	○	○	○	○	○	○
	戸籍謄本の原本	×	○	○	×	○	○	○	○

