

診療録開示をご希望される方へ

当院では、患者様ご本人による診療録開示請求（書面）があった場合、診療録の開示を行っております。

診療録開示請求は、原則として患者様ご本人からの請求に応じさせていただきますが、下記に該当する方は、別途必要書類をご提出頂いた上で、診療録の開示請求を承ります。

また、**電話等による開示請求には応じかねます**のでご了承下さい。

患者様ご本人が満 15 歳未満である場合、その法定代理人（親権者 未成年後見人等）

満 15 歳以上の患者様であって、ご自身で合理的判断が下せない状況にある方の法定代理人（成年後見人等）

満 15 歳以上の患者様であって、ご自身で合理的判断が下せない状況にある方のご親族様（同居家族で主たる介護者の方、もしくは生計を一にしている親族の方）

患者様から委任を受けた任意代理人の方（弁護士、非同居の親族等、委任状による委任契約が必要）

但し、診療情報の提供が、第三者の利害を害するおそれがある場合、また、患者様本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあると判断された場合、診療録の開示を拒否する場合がございます。

開示が出来ないと判断された場合は、事由をお知らせ致します。

また、法令で定められた保管期間（診療完了日から 5 年）を経過している場合には、診療録開示請求にはお答え致しかねますので、ご了承下さい。

請求依頼（電話等除く）されました診療録の開示準備（開示審査）を実施後、診療録の複写をお渡し致しますので、お申込から 1~2 週間のお時間を頂戴致します。

尚、診療録の開示に関する費用につきましては、別記料金（別紙①）を実費用として申し受けます。

診療録の開示をご希望される方は、あらかじめ下記の開示申込書（別紙②）をご確認頂き、記載内容にご同意（本人確認）頂いた上で、お手続きをお願い致します。

診療録等の開示請求についてご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

地域医療機能推進機構金沢病院 医事課（代表電話 076-252-2200）平日日中時間承ります

(別紙①)

診療録開示費用

開示には開示請求手数料と開示実施手数料が必要です。

開示基本手数料		1件につき 300円
開示実施手数料		手数料の額
閲覧	文書又は図画	100枚までごとに 100円
	撮影した写真フィルムを印画紙に印画したもの	1枚につき 100円に 12枚までごとに 760円を加えた額
	電磁的記録を用紙に出力したもの	用紙 100枚までごとに 200円
写しの交付	文書又は図画を複写機により複写したもの	用紙 1枚につき 10円
	電磁的記録を用紙に出力したもの	用紙 1枚につき 10円
	電磁的記録を電子媒体 (CD-R、DVD)で提供した場合	CD-R : 1枚につき 100円、 DVD-R 等 : 1枚につき 120円 に 格納する 1ファイルごとに 210円を加えた額。
医師の口頭による説明		30分以内 : 5,000円 30分超 60分以内 : 10,000円
要約書の交付	申込者が希望し医師の許可がある場合、閲覧・コピーに差し替えて交付した場合	簡単なもの : 5,000円 複雑なもの : 15,000円

* **手数料に別途消費税が課税**されます。

* 開示実施手数料 (媒体の合計) が 300円以下の場合には本件を無償とし基本手数料 300円のみを請求とする。また、開示実施手数料 (媒体の合計) が 300円超の場合には基本手数料 300円無償とする。

診療記録等の開示申込書兼実費負担同意書

独立行政法人地域医療機能推進機構 金沢病院
病院長 安居 利晃 様

令和 年 月 日

患者氏名： _____

M/T/S/H/R 年 月 日

住所： _____

電話： _____

貴院での、診療にかかる記録等の開示を請求いたします。

記

1. 請求者（本人による請求）

氏名 _____ 印

※ 代理人による請求の場合、以下の欄にも記入のうえ、患者本人の意思確認ができる委任状を添えてください。

代理人の種類 () ①法定代理人

() ②上記以外の親族またはこれに準ずる者

代理人氏名 _____ 印

代理人住所 _____

電話番号 _____

患者様との関係 _____

2. 開示を請求する診療記録等の内容

診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、X線写真、助産録、看護記録、
温度板、その他 ()

3. 希望する開示の方法（いずれか○で囲ってください）

① 閲覧

② 口頭による説明

③ 写しの交付