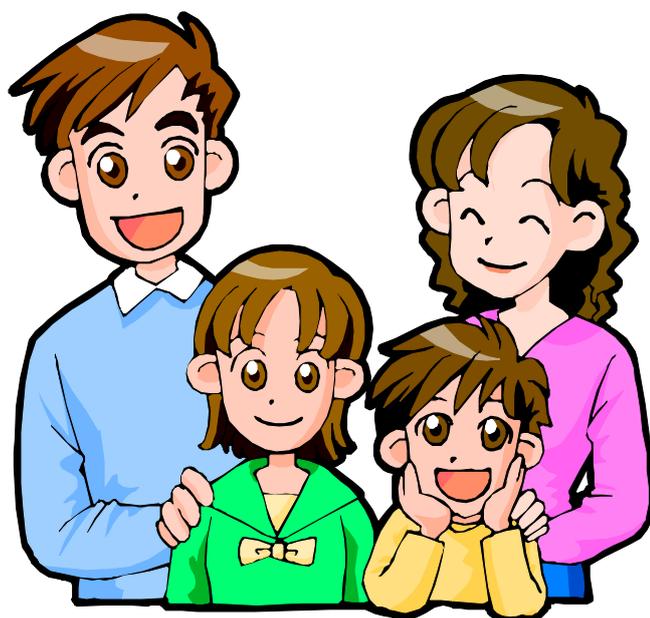


# 診療記録（カルテなど）の 開示を希望されるみなさんへ



診療記録とは・・・

- 外来カルテ、入院カルテ、その他診療のためにおこなった検査のデータやレントゲン写真など、診療にかかわる記録すべてを指します。
- 当院では、できるだけ長期に診療記録を保管するようにしていますが、法的な保管期間が過ぎて廃棄したものもありますのでご了承ください。

勤医協札幌病院

札幌市白石区菊水4条1丁目9-22  
電話（代表）011-811-2246

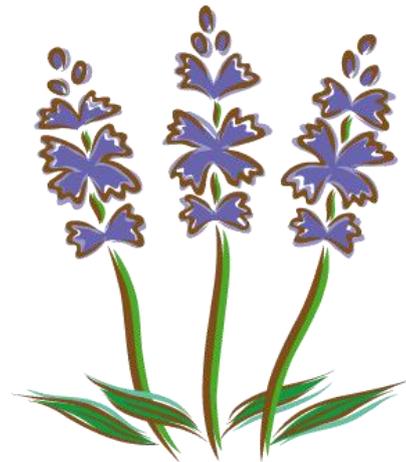
## 患者さんと医療者の情報共有をすすめます

勤医協札幌病院院長 中野 亮司

私たち北海道勤医協は、医療を患者さん・国民と医療従事者の「共同の営み」としてとらえ、低医療費政策による困難な医療環境においても患者さんに可能な限りの説明を行い、患者さんの意思を尊重した医療実践を積み重ねてきました。

私たちは情報開示を求める患者さん・国民の人権意識の高まりを歓迎し、「共同の営み」としての医療の条件が拡大することを期待します。診療情報開示によって患者さんと医療者の信頼関係が強まり、その中で医療における新しい育ちあいの文化が創られていくことでしょう。また、患者さんに対する診療情報の提供が納得のいくまで保障される「ゆとりある医療」を実現させるためには、政府・厚生省のすすめてきた低医療費政策を転換させることが必要であり、診療情報開示の全面実践は患者さんの知る権利を擁護するたたかいという側面ももっています。

北海道勤医協では、診療情報開示推進委員会での審議、各院所での討議、公開シンポジウムなどでの患者さん・友の会の方々との討議をもとに「診療情報開示についての指針」を策定し、2001年1月より開示をおこなっています。また、患者さんの権利、プライバシーを守る立場で、カルテなどの個人情報を適正に取り扱うための整備もすすめています。さらに「共同の営み」の医療、安心、安全の医療のあり方について、患者さんの権利、友の会のみなさんと一緒に、討議を深め充実してゆきたいと思えます。



## 診療記録の開示手続きについて

札幌病院は、厚生労働省の定める「診療情報の提供等に関する指針」に準拠して診療情報の提供・開示をおこなっています。

### 1. 開示請求できる方

- (1) 患者さんご本人
- (2) 患者さんご本人の同意を得た親族(2親等以内の血族・配偶者)、またはこれに準ずる方
- (3) 患者さんご本人の判断能力が欠如していると判断される場合は、法定代理人(15歳未満の方の親権者・成年後見人・未成年後見人)、もしくは生計を同じくしている親族及びこれに準ずる方。

\* 患者さんご本人が15歳以上である場合は、合理的な判断ができない状態にある時を除き、開示の請求は原則、患者さんご本人からになります。(2)、(3)の方からの請求の場合も「患者さんご本人の同意」が必要です。

### 2. 患者さんがお亡くなりになっている場合

診療記録の開示は、原則として患者さんご本人に対して行いますが、ご遺族の方から開示申請があった場合は、開示理由、患者さんご本人の生前の意思、名誉等を尊重し、当院の個人情報・カルテ開示委員会で審議した上で開示を行うこととします。

#### 【申請できる方】

- (1) 患者さんの配偶者、子、父母及びこれに準ずる方
- (2) 法定代理人

### 3. 開示できない場合があります

- (1) 主治医またはカルテ開示委員会が、「患者さんにとって開示は望ましくない」と判断した場合は、開示できない場合があります。なお、この判断について不服の場合は、異議の申し立てができます。
- (2) 患者さんご本人が、ご自分の診療記録を「他の方には見せないでほしい」と希望されていた場合、患者さんの意思を尊重し他に開示することはできません。
- (3) 他の医療機関からの紹介状などは、その医療機関の許可なしでは開示できないため、お見せすることができません。

### 4. 開示の手続きについて

- (1) 「診療記録開示申込書」に記入し、必要書類を添え1階文書受付にお申し込みください。
- (2) 開示に際して主治医の判断や資料の準備のため、申し込みから開示まで1か月程度の時間を要します。

#### 【必要書類】

- 1 診療記録開示申込書
  - \* 文書受付に用意してあります。ホームページからもダウンロード可能です
- 2 ご本人確認のための書類 ※写真が無い確認書類の場合は2種類必要です。  
(運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・資格確認書・住民票等)
- 3 申込者をご本人以外の場合は、上記に加え開示申込書の裏面の同意書への患者さんご本人の署名と記入、患者さんと申込者の関係の分かる書類(戸籍・除籍謄抄本・住民票・登記事項証明書等でお二人のお名前と続柄が確認できるもの)、申込者ご本人の確認書類(運転免許証・パスポート・健康保険証 等)

- 4 患者さんがお亡くなりになっている場合は、患者さんの死亡が確認できる書類（死亡診断書写し 戸籍・除籍謄本等）も必要です。

## 5. 開示に伴う料金について

2023年10月1日改定

基本手数料	2200円（本体価格2000円+消費税200円）
フィルム	770円（本体価格700円+消費税70円） 1枚につき
CD-R	550円（本体価格500円+消費税50円） 1枚につき
コピー・印刷	11円（本体価格10円+消費税1円） 1枚につき

郵送をご希望する場合は郵送料（宅急便着払いで送付）を実費ご負担いただきます。普通郵便は使用できません。

## 6. 開示上のご注意

診療記録は患者さんにとっても、病院にとっても、大切なものです。医療機関には保管義務が法律で定められており、紛失・破損・改ざんされないよう責任を持って管理しています。

- (1) 閲覧希望については指定された場所で職員立ち会いのもとで実施します。また、閲覧は申し込みをされた方のみといたします。なお、身体がご不自由な方の場合、付き添いの方が同席するようにしてください。診療記録への書き込み、破損等をしないように取扱いに注意してください。
- (2) カルテにご本人の情報と違った内容が記載されているなど、記載内容にご意見のある方は、申し出ください。

ご不明な点および、  
くわしく聞きたい方は、  
もよりの職員に  
おたずねください。



# 診療記録開示申込書

勤医協札幌病院 殿

申し込み日 20 年 月 日

私は下記のとおり、診療記録の開示を希望します。

申込者 氏名(自署) \_\_\_\_\_

申込者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

自宅以外で日中の連絡先、電話番号がありましたらお書きください \_\_\_\_\_

\* 申込者が、患者ご本人でない場合は、ご関係をお書きください。

患者さんとのご関係 \_\_\_\_\_

15歳未満の方の親権者以外は、患者さんご本人の意思が確認できる同意書(次頁)を添えてください。

申込者が患者ご本人でない場合とは

- ①患者さんご本人の同意を得た親族（2親等以内の血族・配偶者）、またはこれに準ずる方
- ②患者さんご本人の判断能力が欠如していると判断される場合は、法定代理人（15歳未満の方の親権者・成年後見人・未成年後見人）、もしくは生計を同じくしている親族及びこれに準ずる方。

どなたの 診療録を希望 されますか	患者氏名		
	生年月日		
	診察券番号	(わからなければ結構です)	
開示方法に○印をつけて下さい		( ) 複写希望	( ) 閲覧希望
開示を希望す る診療記録の 欄に○印をつ け必要事項を 記載してくだ さい	診療記録	診療期間・内容など	診療科
	外来カルテ		
	入院カルテ		
	検査記録		
	レントゲン		
	その他		

院内処理欄

受付セクション		主治医意見		委員会確認	管理部決裁	実施セクション	費用
		同意	不同意				
署名	年月日	/	/	/	/	/	円 領収
医事課受付 署名	署名						

# 同意書

私は、申込書のとおり、申請者\_\_\_\_\_に対して、

私の診療記録を開示請求されることに同意します。

年 月 日

患者さんご本人の署名 \_\_\_\_\_ 印

※ご親族・法定代理人の方が申し込みされる場合は上記、ご本人様の署名が必要です。

# 診療記録開示申込書 《みほん》

勤医協札幌病院 殿

申し込み日 20 年 月 日

私は下記のとおり、診療記録の開示を希望します。

申込者	<u>氏名(自署)</u> <b>勤医協 太郎</b>	<b>氏名は必ず申込者ご本人が記入(自署)して下さい。 (申込者は患者ご本人・親族・法定代理人)</b>
申込者住所	<b>札幌市白石区菊水●条●丁目●—●</b>	
電話番号	<b>011-XXX-XXXX</b>	<b>090-XXXX-XXXX</b>
	自宅以外で日中の連絡先、電話番号がありましたらお書きください、	
* 申込者が、患者ご本人でない場合は、ご関係をお書きください。 患者さんとのご関係		

15歳未満の方の親権者以外は、患者さんご本人の意思が確認できる同意書(次頁)を添えてください。

申込者が患者ご本人でない場合とは

①患者さんご本人の同意を得た親族(2親等以内の血族・配偶者)、またはこれに準ずる方  
②患者さんご本人の判断能力が欠如していると判断される場合は、法定代理人(15歳未満の方の親権者・成年後見人・未成年後見人)、もしくは生計を同じくしている親族及びこれに準ずる方。

どなたの 診療録を希望 されますか	患者氏名	<b>勤医協 太郎</b>		
	生年月日	<b>昭和 XX 年 X 月 X 日 (西暦・和暦)</b>		
	診察券番号	<b>XXXXXXXX (わからなければ結構です)</b>		
開示方法に○印をつけて下さい		( <input checked="" type="radio"/> ) 複写希望	( ) 閲覧希望	
開示を希望す る診療記録の 欄に○印をつ け必要事項を 記載してくだ さい	診療記録	診療期間・内容など	診療科	
	<input checked="" type="radio"/> 外来カルテ	(例) 20XX/X/XX~20XX/X/XX	<b>内科</b>	
	<input checked="" type="radio"/> 入院カルテ	(例) 現存するものすべて	<b>全診療科</b>	
	<input type="radio"/> 検査記録			
	<input type="radio"/> レントゲン			
	<input type="radio"/> その他			

**開示を希望する内容について  
必要事項を記入して下さい。**

院内処理欄

受付セクション		主治医意見		委員会確認	管理部決裁	実施セクション	費用
		同意	不同意				
署名	年月日	/	/	/	/	/	円 領収
医事課受付 署名	署名						

# 同意書

私は、申込書のとおり、申請者\_\_\_\_\_に対して、

私の診療記録を開示請求されることに同意します。

年 月 日

患者さんご本人の署名 \_\_\_\_\_ 印

親族・法定代理人の方が申込をされる場合は必ず同意書に患者さんご本人の署名が必要です。(ご本人が亡くなっている場合は不要)

※ご親族・法定代理人の方が申し込みされる場合は上記、ご本人様の署名が必要です。

## 診療記録の開示の請求は原則、患者さんご本人からになります。

弁護士事務所や保険会社が開示にかかる手続きを患者さんご本人から委任されている場合もこの申込書は患者さんご本人に記載していただく必要があります。

開示に関する手続き（郵送や請求等）を弁護士事務所や保険会社が委任されて行う場合はこの同意書とは別に手続きが委任されていることがわかる書類（委任状や同意書）と委任された方の身分証明書を同封していただくようお願いいたします。