

【診療情報開示についての説明・同意書】

荒木記念 東京リバーサイド病院では、患者人格尊重のもと、個人の権利利益を保護する目的で、個人情報（保有個人データ）開示を行います。
開示を希望される方は、申請書及び同意書の記入と共に、必要書類ご持参の上、手続きされますようお願い致します。

1.開示申請を行うことができる方

- (1) 成年患者本人（20歳以上）
- (2) 成年患者本人の同意を得た親族・法定代理人・任意代理人
- (3) 満15歳以上の未成年患者の同意を得た親権者・法定代理人・任意代理人（疾病内容によっては患者本人のみの請求を認める）
- (4) 満15歳未満の未成年患者の親権者・法定代理人・任意代理人
- (5) 判断能力に疑義がある場合は、患者本人の世話をしている親族およびこれに準ずるもの
- (6) 患者様本人が死亡している場合は3親等以内の親族およびこれに準ずる者

2.開示申請のできない場合

次のいずれかに該当する場合は、全部または一部を開示できない場合があります。

- (1) 開示申請者を身分証明で確認ができない場合
- (2) 本人又は第三者の生命、身体又は財産その他の権利利益を害する恐れがある場合
- (3) 15歳以上の未成年患者ご本人で意思表示の障害などの合理的判断が困難な場合を除き、親権者からの申請であっても、患者ご本人が開示を拒否している場合
- (4) 当院の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼす恐れがある場合
- (5) 法令に違反することになる場合
- (6) 他の医療機関からの紹介状等で得た情報で、開示の了解が得られなかった場合

3.身分証明書類

個人情報漏洩防止のため身分を証明する書類が必要となりますので、下記に示す書類の原本をご提示下さい。

※ご提示書類につきましては、原本確認の上、コピーをとらせて頂きます。

(1)開示申請者の本人確認

運転免許証、運転経歴証明書、マイナンバーカード、パスポート、
身体障害者手帳、療養手帳、精神障害者保健福祉手帳、在留カード、外国人登録証明

上記、確認資料のご提示が困難な場合は、以下の書類を2つ以上ご提示下さい。

健康保険証、国民年金手帳、国民・厚生年金証明書、介護保険被保険者証
会社の身分証明書または学生証（氏名・住所または生年月日が記載されているもの）
公的医療機関が発行した資格証明

(2)開示申請者が患者様本人以外の場合

開示申請者の本人確認の他に患者様との関係（資格）を証明するための書類と委任状または同意書が必要になります（請求日前3ヶ月以内に作成されたもの）

患者様との関係を証明するための書類

戸籍謄本、住民票、家庭裁判所の証明書、登記事項証明書（任意後見人の場合）
その他代理人関係を確認し得る書類

4. 開示の決定通知

開示の決定通知は、請求を受け付けた日の翌日から起算して14日以内に申請者へ電話にてご連絡致します。

ただし、やむを得ない理由により期限内に判断が出来ない場合は、請求者に開示の時期が遅延する旨を通知した上で、請求を受付けた日の翌日から起算して30日を限度にその期間を延長させて頂く場合がございますので、ご了承願います。なお開示の可否は、主治医等の意見を聞き、個人情報保護委員会で決定致します。

5. 開示方法・内容

- (1) 開示閲覧、口頭による説明、書き写し・要約書・説明文の交付、及び診療記録の複写です。原則、診療記録の一部開示につきましては、診療記録内容への誤解をまねく可能性を鑑みて、お断りしております。ご了承くださいませようお願い申し上げます。
- (2) 立会者は、原則として、医師・看護職員・事務職員とし、必要に応じて適切な説明を行い、分かりづらい外国語や専門用語については丁寧に解説します。
なお医師が同席しない場合は、診療行為に係わる説明・解説は行いません。
- (3) 請求者がものを取ることは自由ですが、個人情報（診療録等）の持ち出し、写真撮影、録画、録音はご遠慮下さい。
- (4) 口頭による説明・開示時間は1時間以内とします。
- (5) 内容の訂正・追加・削除請求は事実でない内容を発見した場合に申し出ることができます。

6.開示した個人情報について

当院より提供させて頂いた診療情報については、患者さん本人（または申請者）の責任において管理を慎重にお願い致します。紛失や漏洩等した場合、当院では責任を負いかねます。

7.個人情報開示窓口

開示の請求をご希望される場合は、1階総合受付でお申し出願います。

荒木記念 東京リバーサイド病院

開示受付時間：9時～17時（土日祝日を除く）

連絡先：03-5850-0311

開示担当：診療情報管理士

8.開示費用

	単位	料金 (税別)	料金 (税込)
1.開示手数料	1 回につき	5,000	5,500
2.口頭による説明・閲覧	1 回につき	15,000	16,500
3.診療記録の複写	1 枚につき	20	22
4.X線・CT・MRI・エコー 画像 (フィルム)	1 枚につき	600	660
5.X線・CT・MRI・エコー 画像 (CD-R)	1 枚につき	500	550
6.心電図	1 部につき	100	110
7.ホルター	1 部につき	500	550
8.スパイロ	1 部につき	100	110
9.血圧脈波	1 部につき	100	110
10.聴力検査	1 部につき	100	110
11.眼底カメラ	片側毎に	100	110
12.脳波	1 部につき	1,000	1,100
13.内視鏡検査	1 枚につき	500	500
14.郵送料	1 回につき	実費	実費

わたしは上記に記載されている事項について十分な説明を受け、理解し同意します

説明者 診療情報管理士

説明日 年 月 日

同意日 20 年 月 日

患者氏名 (自署)

※ご本人に自署が不可能な状況では、下記代理人氏名欄のみご記入ください

代理人 (自署) 続柄 ()

※原則自署ですが不可能な状況では押印や拇印で代用可能とします

社会医療法人社団 正志会 荒木記念 東京リバーサイド病院