

# カルテ開示のご案内

当院では、「くまもと成仁病院 診療記録等開示規定」に則り、開示を実施しております。  
開示申請については以下のとおりとなっております。何卒ご理解の程お願いいたします。

## 1.開示対象

診療記録（医師診療記録、看護記録等）  
検査画像記録

## 2. 申請者および申請に必要なもの

該当する欄をご確認ください。

申請者	申請に必要なもの
患者さんご本人	・診療記録等の開示申込書兼同意書 ・身分証明書（運転免許証、パスポート、マイナンバーカードのいずれか）
法定代理人 (親権者：患者さんが未成年の場合)	・診療記録等の開示申込書兼同意書 ・申請者の身分証明書（運転免許証、パスポート、マイナンバーカードのいずれか） ・患者さん本人と申請者の関係を証明できるもの（戸籍謄本等）
任意後見人	・診療記録等の開示申請書兼同意書 ・申請者の身分証明書（運転免許証、パスポート、マイナンバーカードのいずれか） ・任意後見人と証明できるもの
親族※1	・診療記録等の開示申込書兼同意書 ・申請者の身分証明書（運転免許証、パスポート、マイナンバーカードのいずれか） ・患者さん本人と申請者の関係を証明できるもの（戸籍謄本等） ・委任状
遺族※2	・診療記録等の開示申込書兼同意書 ・申請者の身分証明書（運転免許証、パスポート、マイナンバーカードのいずれか） ・患者さん本人と申請者の関係を証明できるもの（戸籍謄本等） ・患者さんの死亡確認ができるもの
弁護士事務所等	・診療記録等の開示申込書兼同意書 ・委任状又は開示同意書 ・患者さん本人と申請者の関係を証明できるもの※3

※1 6親等以内の血族、3親等以内の姻族

※2 第1順位 配偶者、子 第2順位 父母 第3順位 兄弟とする

死亡により繰り下がる。よって、第1順位の全ての方が亡くなっている場合に第2順位の方が申請者となる

※3 弁護士事務所等への依頼者が患者さん本人の場合は不要

弁護士事務所または保険会社への依頼者が患者さん本人以外の場合、患者さん本人と依頼者の関係を証明できるもの（戸籍謄本等）

### 3.手続き開始からお渡しまでの流れ

診療情報は個人情報になりますので、原則として申請者本人に直接来院していただき、手続きを行います。ただし、来院が難しい場合は郵送にて対応いたします。

#### 【来院の場合】

- (1) 「申請に必要なもの」(項目2参照)を準備のうえ、医事課(受付窓口)へお越しください。  
受付時間：月～金曜日 9:00～16:00(土・日・祝日、年末年始を除く)
- (2) 開示担当者にて書類等を確認し、受付を行います。
- (3) 提出された書類をもとに院内で手続きを行い、開示資料を準備します。
- (4) 準備が整い次第、申請者へご連絡します。(おおよその目安：受付から2週間程度)
- (5) 窓口にて開示費用をお支払い後、開示資料をお渡しします。

#### 【郵送の場合】

- (1) 「申請に必要なもの」(項目2参照)を準備のうえ、下記へ郵送してください。  
郵送先：〒861-8041 熊本市東区戸島2丁目3-15 くまもと成仁病院 開示担当 宛
- (2) 提出された書類をもとに院内で手続きを行い、開示資料を準備します。
- (3) 準備が整い次第、請求書を郵送します。(おおよその目安：書類受理から2週間程度)
- (4) お振込みが確認できましたら、開示資料を送付します。  
※入金確認に1週間程かかりますのでご了承ください。

### 4.出力媒体

紙カルテ、電子カルテ(2018年4月導入)については紙媒体でのお渡しとなります。ただしCTやレントゲン等の画像は電子媒体のみでのお渡しとなります。

### 5.料金 料金は全て税込表示です。

【開示基本料】3,300円

【診療記録等コピー代】22円/枚(A4片面白黒)

【X線写真、CT画像データ作成代】550円/枚(CD-R)

【診療要約書作成代】5,500円

【診療録等に係る主治医の補足説明】5,500円(30分毎 ※1回1時間まで)

※閲覧(1回2時間まで)、不存在証明書の発行の場合は開示基本料のみ

### 6.注意事項

注1) 患者さんの診療記録については、最終来院日から原則5年保管しています。

注2) 当院受診時に持参された紹介状等、他施設で発生した書類は開示対象外となります。

注3) 申請からお渡しまでに通常3週間程度期間をいただきます。

### 7.お問い合わせ

くまもと成仁病院 開示担当 096-380-7011(土・日・祝日・年末年始を除く、月曜日～金曜日 9:00～16:00)

# 診療記録等の開示申込書兼同意書

年 月 日

くまもと成仁病院 院長 殿

次のとおり、診療記録等の開示を申請し、その際にかかる費用をお支払いすることに同意します。#

## 【申請者】 #

(フリガナ)	(姓)	(名)
申請者氏名(※自筆)		
生年月日(西暦)	年 月 日	
住 所	〒	
電話番号	※日中に連絡可能な電話番号	

##

## 【開示を希望する患者】

(フリガナ)	(姓)	(名)
患者氏名		
患者番号		
生年月日(西暦)	年 月 日	
住 所	〒	
電話番号		

## 【開示を希望する診療記録の内容・閲覧日】

開示期間(西暦)	外来	年 月 日	～	年 月 日
	入院	年 月 日	～	年 月 日
診療記録内容	<input type="checkbox"/> 診療録	<input type="checkbox"/> 検査結果	<input type="checkbox"/> 画像データ (CD-R)	<input type="checkbox"/> その他
閲覧希望日 (複写のみの場合 は記入不要)	第1希望	月 日	午前・午後	
	第2希望	月 日	午前・午後	
	第3希望	月 日	午前・午後	

※当院使用欄（下記の欄は当院で記入します）

院長決裁	主治医意見	受付（管理士）	実施	費用	確認
/	/	/	/	/	/

# 委任状

私は、

\_\_\_\_\_  
(代理人氏名) (患者との関係)

\_\_\_\_\_  
(住所)

\_\_\_\_\_  
(電話番号)

を代理人として、次の事項を委任します。

## 記

私に関する診療記録等の閲覧・謄写などを申請し、写しなどの交付を受ける件

年 月 日

委任者 [患者本人(※自筆)] \_\_\_\_\_ (住所)

\_\_\_\_\_  
(氏名)

\_\_\_\_\_  
(生年月日) 年 月 日

委任状のほかに、患者さんと代理人との関係を証明する書類等の提示をお願いいたします。