

# 知多厚生病院 診療録開示に関する手引き

保険会社からの開示請求版

2019年10月

知多厚生病院医療情報室

知多厚生病院では、保険会社等の、患者本人もしくは法的根拠に基づく代理人以外からの、診療情報の提供については、**患者本人から、同意を得た場合に限り許可**します。

請求は、以下の手順に沿って行われます。

1. 開示請求書および、患者の同意書、委託会社からの請求の場合、同意書をとった保険会社等から、委託を受けた旨記載された依頼書等の提出。

患者同意書は、この手引きの資料にあるものを使用することが望ましい、やむを得ず保険会社等の書式を使用する際は、「同意する診療科」が記載されていることを確認してください、この記載がない場合、開示する診療科の限定ができないため、明らかに事故等と関係のない診療科を同時期に受診しているときに、すべての診療科の資料を保険会社に開示することは、患者の不利益（明示的に同意をしていない情報の開示）に当たる可能性があるため、開示を承れない場合があります。

患者同意書は、必ず患者本人（未成年の場合は親権者、この場合、親子関係を示すもの（住民票・扶養者の場合保険証など）も必要です）が同意してください。**保険の契約者の同意は、患者の同意とは見なされません。**

同意書は、提供を受けたい資料の最終日より後に記載してください、この日付までを同意されたものと見なしますので、記載日より後の資料は提供できません。

資料がそろっていれば、受付は郵送等で承れます。

2. 知多厚生病院での稟議

資料の準備と稟議におおよそ2週間いただいております。

3. 開示

来院いただく場合は、請求者であることを示す資料（社員証など）をご持参ください、郵送による開示も可能です、送り先は開示を請求いただいた団体等の住所になります。

レターパックなど送料がかかるもの場合は、手数料と併せて請求させていただきます。

開示資料の受取証の記載をお願いしております、郵送の場合、同封しますのでご返送ください。

開示に伴う経費等（単価は内税）

開示手数料	3,300円
診療録コピー代（1枚）	
紙	10円
CDR	1,000円
フィルムコピー代（1枚）	
フィルム	600円
CDR	1,000円

# 同意書

知多厚生病院 病院長宛

同意内容：

開示を同意する期間  年 月 日から 年 月 日
開示を同意する診療科 ○をつけてください すべての診療科  内科 小児科 外科 整形外科 皮膚科  泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻いんこう科
同意日  年 月 日
署名

以下に指定する代理人が、同意した期間および診療科の、私に関する受診歴の有無を照会し、診療録、検査結果について開示、提供することを同意します。

代理人

法人名または代理人名
法人の場合担当者名
患者本人との続柄

同意日が開示を同意する期間の終了日よりも後であることを確認して下さい。

記入時の注意 すべてが必須項目です。空欄がないように記載してください

## 同意書

知多厚生病院 院長宛

同意内容：

事故などの場合、事故発生日から治療終了(または現在)までを指定します。

開示を同意する期間

年 月 日から 年 月 日

開示を同意する診療科 ○をつけ  
すべての診療科

事故等に関連のない治療がある場合に、その内容を開示しないためには、事故に関連のある診療科のみに○をつけます。全診療科を開示する場合はすべての診療科を丸で囲ってください。

内科 小児科 外科 整形外科 皮膚科

泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻いんこう科

同意日

年 月 日

署名

以下に指定する代理人が、同意した期間および診療科の、私に関する受診歴の有無を照会し、診療録、検査結果について開示、提供することを同意します。

代理人

法人名または代理人名

法人の場合担当者名

患者本人との続柄

保険会社の場合、「指定された保険会社」で可能。

# 診療録等の情報提供申請書

保険会社等、当院で直接患者同意書を取り扱わないもの用

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会  
知多厚生病院 院長殿

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
会社名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記のとおり、診療記録等の情報提供を希望します。

患者ID \_\_\_\_\_

フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日

提供を希望する診療科名			
情報の提供を受けたい 期間及び内容  (希望する事項に○を 付けて下さい)	入院 ・ 外来 ・ 両方		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
		閲覧	謄写
	■診療録		
	■検査記録・検査成績表		
	■X線写真(フィルムコピー・CD-R)		
	■その他		
提供希望日時	年 月 日 ~ *申請書受理から2週間後に提供		
備考			

- \*申請の際、申請者本人が、患者同意に基づく法人に所属することを証明できるものと、申請者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証等身分を証明できるもの)を提示してください。
- \*保険会社などで、同意書を当院にて直接申請者とやりとりしない場合、患者本人が同意しているかどうかについては当院では確認できないため、申請者が同意内容について確実に確認してください。当院の規定では、患者家族からの申請の場合、本人の委任状をいただくことになっています。また、死亡されている場合は、家族関連を証明するものを提示いただくことになっています。これに準ずる確認は、申請者で行ってください。同意書の内容による紛争には、当院は一切応じません。
- \*患者が直接同意した法人でなく、委託を受けた法人が代理で申請を行う場合は、委託を受けたことが確認できる書類(手配指示書など)を提示してください。

# 診療録等の情報提供申請書

保険会社等、当院で直接患者同意書を取り扱わないもの用

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会

知多厚生病院 院長殿

申請者

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

会 社 名 \_\_\_\_\_ 保険会社、調査会社の担当者のことをお書きください

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記のとおり、診療記録等の情報提供を希望します。

患者 I D \_\_\_\_\_ 開示対象となる患者さんのことをお書きください

フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

提供を希望する診療科名	同意書の内容と合致するように 同意のない診療科を書かないでください 同意書の日付より前の期間を指定してください。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
情報の提供を受けたい 期 間 及 び 内 容  (希望する事項に○を 付けて下さい)		閱 覧	謄 写
	■ 診療録		
	■ 検査記録・検査成績表		
	■ X線写真 (フィルムコピー・CD-R)		
	■ その他		
提 供 希 望 日 時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~	*申請書受理から 2 週間	
備 考	_____		

↑ 画像の CD を希望される場合、ここに丸をつけてください。

- \*申請の際、申請者本人が、患者同意に基づく法人に所属することを証明できるものと、申請者本人であることを確認するために必要な書類 (運転免許証等身分を証明できるもの) を提示してください。
- \*保険会社などで、同意書を当院にて直接申請者とやりとりしない場合、患者本人が同意しているかどうかについては当院では確認できないため、申請者が同意内容について確実に確認してください。当院の規定では、患者家族からの申請の場合、本人の委任状をいただくことになっています、また、死亡されている場合は、家族関連を証明するものを提示いただくことになっています。これに準ずる確認は、申請者で行ってください。同意書の内容による紛争には、当院は一切応じません。
- \*患者が直接同意した法人でなく、委託を受けた法人が代理で申請を行う場合は、委託を受けたことが確認できる書類 (手配指示書など) を提示してください。