

個人情報開示等請求書

I 開示等を求める患者さんの氏名等を記入して下さい。

氏名	性別	生年月日	保険証記号番号

II 個人情報の開示等の請求について、該当する番号に○印を付けてください。

- 1 個人情報の利用目的の通知の請求 (法第 24 条第 2 項)
- 2 個人情報の開示の請求 (法第 25 条第 1 項)
- 3 個人情報の訂正、追加又は削除の請求 (法第 26 条第 1 項)
- 4 個人情報の利用停止の請求 (法第 27 条第 1 項、第 2 項)

III IIの開示等請求のうち、2の場合は別紙様式へ詳細な要望を記載して、本請求書と同時に提出してください。

IV IIの開示等請求のうち、3、4の場合は請求の内容について、次の空欄に記入してください。(1の場合は記入不要)

国家公務員共済組合連合会

北陸病院長 殿

個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）に基づき、国家公務員共済組合連合会 北陸病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

令和 年 月 日

申請者

氏名 _____ 印

住所 _____

《カルテ開示について》

個人情報の保護に関する法律に基づき、国家公務員共済組合連合会北陸病院におけるカルテ開示の取り扱いについては次のとおりです。

カルテ開示をご希望の方は、総合案内にて「診療情報の開示申請書」に必要事項をご記入下さい。また、別紙で本人又は代理人の確認をさせていただきます。誠に恐縮ではございますが、事前にご準備して頂けるようお願い致します。(コピーや原本を提出して頂く場合もありますのでご了承下さい。) カルテ開示は院内で確認などを行うため、申請日当日にお渡しできませんので、ご了承願います。

■ 必 要 書 類 ■

個人情報の開示等の請求者が本人又は代理人であることを確認するため、次の書類をご用意願います。

(1) 本人の場合

①申請者本人であることを確認できる公的証明書(※下記参照)

(2) 法定代理人の場合

①申請者本人であることを確認できる公的証明書(※下記参照)

②法定代理人の資格を証明する書類

(3) 代理人の場合

①申請者本人であることを確認できる公的証明書(※下記参照)

②弁護士の場合は弁護士会発行の身分証明書等、資格確認のできるもの

③患者の印鑑証明書(発行日から3ヶ月以内のもの)及び登録印を押印した委任状

※公的証明書(有効期限内の原本をいずれか1点)

- ・運転免許証 ・写真付き住民基本台帳カード ・旅券
- ・特別永住者証明書 ・在留カード

■ カルテ開示に係る料金 ■

個人情報の開示等の請求のうち、個人情報の利用目的の通知の請求(Ⅱの1)及び個人情報の開示の請求(Ⅱの2)については手数料が必要となります。

(1) 基本料		2,750円
(2) 開示基本料に加算されるもの		
イ. コピー料	1枚	22円
ロ. フィルムコピー料		
・CD-ROM	1枚	550円
・CT、シンチフィルムコピー 半切	1枚	990円
・半切	1枚	990円
・大角	1枚	825円
・大四	1枚	660円
ハ. 診療経過の要約書が必要な場合	1枚	5,500円
ニ. 申込者の希望で医師から診療内容等の説明を受けた場合		
・30分以内		5,500円
・30分を超えた場合		11,000円
ホ. 郵送の場合、郵送に係る費用		

カルテに記載された情報は患者さんの個人情報ですので、患者さんご本人以外への開示若しくは患者さんご本人でも治療に有害な影響が予測される場合などは、病院の判断で開示の可否を決めさせて頂く場合がありますので、ご了承ください。

診療情報の開示申請書

診療記録等の開示を求める患者	(フリガナ)	(姓)	(名)	
	患者氏名			
	患者番号			
	住 所			
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 生	
開示を希望する診療情報の内容 該当する個所に○を記入して下さい。		対象期間	閲覧	複写
	1. 診療録(カルテ)のみ	年 月 日～ 年 月 日		
	2. 診療記録	年 月 日～ 年 月 日		
	3. 検査記録、検査成績	年 月 日～ 年 月 日		
	4. エックス線写真	年 月 日～ 年 月 日		
	5. CT・MRI画像	年 月 日～ 年 月 日		
	6. 診療経過の要約書	年 月 日～ 年 月 日		
	7. 修正情報の要否	・要 ・否		
その他				
閲覧希望日 複写のみ希望の場合は記入不要	第一希望日	令和 年 月 日 () 午前・午後		
	第二希望日	令和 年 月 日 () 午前・午後		
	() 特に希望なし			

(注1) 閲覧又は複写の代わりに要約書を交付する場合があります。

(注2) 主治医等の説明を希望される場合には、その他の欄にその旨記載してください。

国家公務員共済組合連合会

北 陸 病 院 長 殿

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に基づき、国家公務員共済組合連合会北陸病院が保有する個人情報に対し、上記のとおり開示を求めます。また、本申請書により開示された診療情報は、上記開示希望理由に記載されている以外の目的で使用しないことを誓います。

令和 年 月 日

申 請 者 氏 名 印

患者との関係

申請者が本人の場合には記入不要

住 所

電話番号

令和 年 月 日に受領しました。 印