

診療情報提供を希望される方へ

診療情報の提供は、患者様が疾病と診療内容を十分に理解し、医療従事者と患者様が協働して病気を克服するなど、医療従事者とのより良い信頼関係を構築することを目的としています。しかし、精神科では診療の過程で知り得る情報の範囲が広く個人のプライバシーに関するものや第三者情報も多いため、その運用においては厳重な配慮が必要であり、当院では以下のような条件のもとで診療情報の提供をさせていただきます。ご理解いただけますようお願い致します。

記

1. 診療情報の提供を申し出ることのできる方は原則として、以下の方です。

- (1) 患者が成人で判断能力がある場合は、患者本人
- (2) 患者に法廷代理人がいる場合には法廷代理人
- (3) 患者本人から代理権を与えられた親族およびこれに準ずる者
- (4) 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実に世話をしている親族およびこれに準ずる者

2. 診療情報提供の方法

- (1) 当院が定めた書式により請求して下さい。申請者の身元確認の為身分証明書や戸籍謄本等の添付をお願いする場合があります。
- (2) 原則として複写による提供を行います。但し個人情報保護の観点から診療記録に記載された他患者名や職員名はマスキングし提供させていただきます。
- (3) 提供の可否については出来るだけ速やかに決定し、日時・場所・方法などは追ってお知らせいたします。
- (4) 診療情報提供に要する費用は当院が定めた料金表に沿って請求させていただきます。

3. 次のような場合には、診療情報の提供の全部または一部をお断りさせていただきます。

- (1) 診療情報の提供が、第三者の利益を害するおそれがあるとき。
- (2) 診療情報の提供が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき。
- (3) 医療従事者の主観的評価・所見・観察情報等が、患者と信頼関係を著しく損なう恐れがあるとき。
- (4) 前三項のほか、診療情報の提供が不相当とする相当な事由が存在するとき。

4. 遺族に対する診療情報の提供

ご遺族の申し出に対する診療情報の提供にあたっては、ご本人同様に上記を準用いたします。ただし診療情報の提供を求め得る者の範囲は、患者の配偶者、子、父母およびこれに準ずる者とします。

5. 当院はできる限りの診療情報提供に努めています。ご不明な点は何でも医師、その他の職員にお尋ね下さい。

お互いに情報を共有し、より良い信頼関係のもとで治療を進めていきたいと願っています。また、上記一切は日本精神科病院協会・診療情報提供に関する指針第3版を根拠としておりますが、診療情報の提供についてご不満のある場合には、新潟県医師会（TEL025-223-6381）に相談を行うことが出来ます。

医療法人崇徳会 田宮病院
院長 田宮 崇

診療情報の提供を求める申請者の方へ

1. 申請時に、印鑑及び身分を証明できるもの（運転免許証または旅券等）が必要です。
2. 不当な手続きを経て記録の開示を行った場合、それによって生じた本人もしくは申請者に不利益が生じた場合、病院は責任を負いませんので、あらかじめご了承ください。
3. 当院での診療情報の提供につきましては、複写をご利用下さい。
4. 診療情報複写取得後の取扱は厳重に注意して下さい。情報の漏洩等により申請者以外の第三者に不利益、損害を与えた場合の責任は病院では一切負いません。

診療情報提供に関する料金

診療情報提供に関する費用は以下のとおりとなります。

1. 開示手数料	一律 1回	2,000円
2. 医師記録・看護記録・検査記録コピー	一律 1枚	50円
3. X線コピー（半切またはCD-ROM）	一律 1枚	1,300円
4. その他		実費

*別途消費税が必要です。

診療記録等の提供申込書

田宮病院院長 殿

診療記録等の提供を受けたい患者	フリガナ						登録番号 (ID番号)
	患者氏名						
	住所						
	生年月日	大・昭・平		年 月 日		生	
提供を希望する記録 (該当する箇所に ○を記入して下さい)		診察日・部位等	複写	閲覧	その他		
	<input type="checkbox"/>	医師診療録					
	<input type="checkbox"/>	看護・コメディカル診療記録					
	<input type="checkbox"/>	検査記録・検査成績表					
	<input type="checkbox"/>	画像記録					
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	入院時・外来時		科				
	その他						
提供希望日時	第一希望	月	日	午前・午後	時	分	
	第二希望	月	日	午前・午後	時	分	
	第三希望	月	日	午前・午後	時	分	
	特に希望なし						

私は、上記のとおり、診療記録等の提供を希望します。

令和 年 月 日

申請者 氏名又は機関名

印

患者との関係

申請者が本人の

住所

場合は記入不要

電話番号

() - -

《本人同意書》

私は、上記のとおり、申請者 _____ に対して

私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者本人(自筆)

実印

* 患者本人の印鑑証明も必要になります。

※病院使用欄

受付	主治医意見	院長決裁	事務部長確認	対応記録
月 日	同意・不同意 月 日	許可・不許可 月 日	複写 月 日	事務部長指示 月 日
	<input type="checkbox"/> 倫理委員会への諮問			
	主治医印			
受付者印	副院長(診療部長)印	院長印	事務部長印	対応記録者印

診療情報提供確認書

田宮病院院長 様

私は令和 年 月 日 診療情報提供()
を受けました。

令和 年 月 日

申し出者

住 所

氏 名

印
