

診療情報提供の説明・同意書

私どもは、患者様等の求めに応じて、診療内容をより詳しくご理解くださり、相互の信頼関係を深め、質の高い開かれた医療を実現することを、目標に診療情報提供をいたしております

しかし、患者様等の利益やプライバシーを守るために、いくつかの制限がございます

以下のことがらを十分ご理解の上、診療情報提供をご申請下さい

1. 診療情報提供を申請できる方

- ・ 原則として患者様本人
- ・ 患者様本人の委任状をお持ちの方

3 親等以内の親族 実質的に患者の世話をを行っている親族、またはそれに準ずるもの（プライマリー・ケアギバー） 法定代理人（親権者又は後見人等） 保険会社又は保険会社が委託した調査会社 等

2. 診療情報提供の範囲

- ・ 診療録（カルテ）・看護記録・検査記録・画像記録等（診療の過程で記録、作成されたものとしています）

3. 診療情報提供申請書の提出

- ・ 申請書はもれなく記入お願い致します
- ・ 申請書は直接医事課にご持参をお願いしております。その際、申請者を証明していただく必要があるため、郵送では受け付けておりません。なお、確認書類は運転免許証・健康保険証・住民票等となっております

4. 診療情報提供できない事由

- ・ 第三者による情報提供の理由記載なし ※使用目的を明確にするため。
- ・ 提供することにより、患者様本人の又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合
- ・ 医療機関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。
- ・ 提供することにより、他の法令に違反する場合
- ・ その他、病院長が不相当と認める場合

5. 診療情報提供の日程

- ・ 申請当日に即時対応することは困難ですので、追ってお知らせいたします
場合によっては提供をお断りする場合がありますので、ご了承下さい

6. 提供に要する費用

- ・ 実費 開示手数料 3,300 円 謄写 1 枚毎 30 円 CD-R1 枚毎 1,500 円 文書料 5,500 円 面談料 7,700 円
※提供日から30日経過後、再度申請を行う場合は、改めて基本料が発生いたしますので、ご了承ください

7. 提供された診療情報の処理

診療録など診療の記録は患者様の高度なプライバシーであり、本人及び代理人の方のみにお見せするものです。謄写されたものについては、不要となった場合は速やかに廃棄することと、決して他の人には見せることがないようにお願いいたします

* お手数ですが、下記にご署名と日付の記入をお願いいたします

私、_____ は、診療情報提供にかかわる上記の説明を係から受けて、
了承したことを証明いたします 年 月 日

診療情報提供申請書

イムス東京葛飾総合病院

病院長 殿

下記のとおり、診療情報の提供を申請いたします。

年 月 日

申請者 氏名 _____

患者様との関係 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

(フリガナ) 患者氏名		生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生		
患者住所		電話番号		
診療情報の提供を 申請する内容	期 間	年 月 日～ 年 月 日		
	診療科名	科	入外別	入院 ・ 外来
	診療諸記録 の範囲	全部・医師記録・看護記録・処方記録・検査記録・手術記録 画像検査(CD-ROM)・その他 () *該当するものに○を付して下さい。		
診療情報の提供を申請する理由 (本人任意)(第三者必須)				
法定代理人等申請理由				
診療情報の提供を 受ける方法	1. 口頭説明 2. 閲覧 3. 謄写 4. その他 () *該当するものに○を付して下さい。			
診療情報の提供を 受ける際の同席者	氏名	続柄		
	氏名	続柄		
	氏名	続柄		

*注(1) 申請の際、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・健康保険証・住民票等)のご提出又はご提示して下さい

*注(2) 患者様本人の委任状をお持ちで3親等以内の親族、又は法定代理人(親権者又後見人等)プライマリー・ケアギバーが申請する場合は(1)の書類の他、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本等)をご提出又はご提示下さい

病院長	担当医(診療部長医)	事務長	看護部長	個人情報管理責任者

委任状

イムス東京葛飾総合病院
病院長 殿

私は、

(代理人名) _____ (患者本人との関係) _____

〒

(住所) _____

(電話番号) _____

を代理人として、次の事項を委任します

記

イムス東京葛飾総合病院における、私に関する診療情報の閲覧、謄写などを申請し、
写しなどの交付を受ける件

年 月 日

患者本人（委任者） 住所 _____

氏名 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ (患者本人との関係) _____