

診療情報提供申請(カルテ等の開示申請)についての手順書

はじめに

診療情報（カルテ等）は患者さんの個人情報に該当するため、国のガイドラインに従い所定の申請手続を定めています。何卒ご理解の程お願いいたします。

申請できる方

以下の方とさせていただきます。

（１）患者さんが生存されている場合

① 患者さんご本人（成人に限ります）

② 患者さんが未成年の場合は、親権者又は未成年後見人

- ・患者さんが１５歳以上の場合、患者さんと連名で申請が必要です。連名での申請ができない場合、その理由を申請書に記載願います。
- ・未成年後見人：親権者が亡くなった等の理由で、未成年者に対し親権を行う方がいない場合、申立てにより家庭裁判所が未成年後見人を選任します。未成年者の財産管理、契約等を行います。

③ 任意後見制度に基づき、診療契約に関する代理権を付与された任意後見人

- ・任意後見制度：本人に十分な判断能力があるうちに、あらかじめ、任意後見人となる方や、その方に代理権を付与する内容を公正証書で定めておきます。本人の判断能力が不十分になった後に、任意後見人が当該の内容を本人に代わって行います。

④ 診療情報の提供（カルテ等の開示）に関する代理権を付与された親族又はこれに準ずる方（内縁、事実上の養親子関係、患者さんのお世話をしている親族以外の縁故者）

- ・親族：配偶者、６親等内の血族、３親等内の姻族

⑤ 診療情報の提供（カルテ等の開示）に関する代理権を付与された任意代理人

（保険会社、弁護士又は弁護士法人など、代理権を付与されることが法律上認められている方に限ります。個人は対象外です。）

⑥ 患者さんが成人で、合理的判断ができない状態の場合、成年後見人又は患者さんのお世話をしている親族若しくはこれに準ずる方（内縁、事実上の養親子関係、患者さんのお世話をしている親族以外の縁故者）

- ・成年後見人：認知症、知的障害、精神障害などによって判断能力が十分ではない方を保護するための制度（成年後見制度）に基づき、家庭裁判所による後見開始の審判の後、選任される方のことです。契約や財産管理を本人に代わって行います。

《参考：成年後見制度》

認知症、知的障害、精神障害などによって判断能力が十分ではない方を保護するための制度です。成年後見制度のタイプについては以下のとおりです。

区分	対象となる方	援助者	
補助	判断能力が不十分な方	補助人	・ 家庭裁判所が後見開始の審判をして、援助者を選任します。 ・ 監督人を選任することがあります。
保佐	判断能力が著しく不十分な方	保佐人	
後見	判断能力が欠けているのが通常の状態の方	成年後見人	
任意後見	本人に十分な判断能力があるうちに、あらかじめ、任意後見人となる方や、その方に代理権を付与する内容を公正証書で定めておきます。本人の判断能力が不十分になった後に、任意後見人が当該の内容を本人に代わって行います。		

(2) 患者さんが逝去されている場合

- ① 患者さんのご遺族：法定相続人又はこれに準ずる者（内縁、事実上の養親子関係、特別縁故者）

- ・法定相続人：配偶者、子（代襲相続時の孫、曾孫等の直系卑属を含む）、直系尊属、兄弟姉妹

※相続順位に関わらず申請可能です。

※代襲相続：本来の法定相続人に相続の資格がない場合、その法定相続人の子が代わりに遺産相続する制度のことです。

- ・特別縁故者：被相続人（亡くなった方）と生計を同一にしていた方や被相続人の療養看護に努めた方など、被相続人と特別の関係があった者で、相続人がいない場合に、請求により相続財産の分与を受けることができる方です。

- ② ①「患者さんのご遺族」の法定代理人又は任意代理人

- ・法定代理人：親権者、未成年後見人、成年後見人
- ・任意代理人：保険会社、弁護士又は弁護士法人など代理権を付与されることが法律上認められている方に限ります。個人は対象外です。

(注意) 申請者をどなたにするか、遺族間で十分に相談をしてください。診療情報提供に関して遺族間で起きた問題については、本院は一切の責任を負いかねます。

申請手続きについて

本院 1 階 医事課にお越しいただくか、郵送にて申請ください。

受付時間： 平日 8 時 30 分～17 時 15 分 （土日祝日、12 月 29 日～1 月 3 日を除く）

郵送先：〒849-8501 佐賀市鍋島五丁目 1 番 1 号 佐賀大学医学部附属病院 医事課
TEL（代表）0952-31-6511 （封筒に「カルテ等提供希望」と明記ください）

《提出書類》

（１）申請書（様式１）

（２）申請者の本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（表面）等の公的証明のうち１つ）

※患者さん本人以外が申請する場合は、患者さん本人ではなく申請する方の本人確認書類の写しです。

※任意代理人（保険会社、弁護士又は弁護士法人など代理権を付与されることが法律上認められている方）の場合は、次のいずれかとなります。

弁護士又は弁護士法人：弁護士資格証明のみ

保険会社：公的証明（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（表面）等のうち１つ）

→申請に無関係な情報（例：運転免許証の住所、写真等）は黒塗りで構いません。

（３）（患者さん本人以外の方が申請する場合のみ）患者さんとの関係がわかる書類
必要な書類は次ページを参照ください。

(必要な書類について)

※ (1) ②、(1) ③・・・等の番号は、1～2ページの申請できる方の番号に対応

申請者	必要なもの
(1) ②親権者	・戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)の写し
(1) ②未成年後見人 (1) ③任意後見人	・後見に関する登記事項証明書の写し
(1) ④代理権が付与されている親族又はこれに準ずる方	・委任状(様式2) ・戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)の写し
(1) ⑤任意代理人 (保険会社、弁護士及び弁護士法人など代理権の付与が法律上認められている方)	・委任状(様式2) ・(患者さん本人以外が委任する場合) 患者さんと委任者との関係を示す公的書類(戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等)の写し
(1) ⑥成年後見人	・後見に関する登記事項証明書の写し
(1) ⑥患者さんのお世話をしている親族又はこれに準ずる方	・戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)の写し ※内縁者の場合:住民票謄本の写し
(2) ①ご遺族(法定相続人又はこれに準ずる方)	・戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等の写し ※内縁者の場合:住民票の写し ※特別縁故者の場合:家庭裁判所の審判書の写し
(2) ②ご遺族の法定代理人	・患者さんにご遺族の関係がわかる戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等の写し ・ご遺族と法定代理人との関係がわかる公的書類(戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)、後見に関する登記事項証明書等)の写し
(2) ②ご遺族の任意代理人 (保険会社、弁護士及び弁護士法人など代理権の付与が法律上認められている方)	・ご遺族の委任状(様式2) ・ご遺族と患者さんとの関係がわかる公的書類(戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等)の写し

※戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)について:本籍地のある市町村の役所にお尋ねください。

患者さんとの関係がわかる場合は、住民票でも可です。

※後見に関する登記事項証明書について:法務局にお尋ねください。

ご了承いただきたい点

・申請受理後、診療科への確認や決裁のため、提供まで約2週間かかります。

・一部の提供、又は不提供となる場合があります。

(例) 提供により、患者さんと申請者との関係が悪化する場合、患者さんの体調が悪化する場合

・提供に伴う費用は申請者の負担となります。申請時点では(概算も含め)明確な費用をお伝えできないのですが、提供直前に明確な費用をお伝えします。

(参考)

カルテ写し(白黒) 1枚当たり 20円 (カラー) 1枚当たり 40円

※申請された範囲が長期間であるほど、枚数が増えます。特に入院期間については1日当たりの枚数が10枚以上になる場合があります。

※電子カルテ印刷の都合上、提供物に、内容の重複するページ又は空白のページが含まれる場合があります。これらについても料金が発生します。

画像データ(DVD) 1枚当たり 2,200円

※申請された範囲の画像データをDVDに詰め込みますが、データ量が多い場合は複数枚にわたることがあります。

提供(開示)について

写しの交付(窓口、郵送)又は閲覧により提供します。

(1) 窓口で写しを交付する場合

本院1階 医事課にお越しください。

受付時間: 平日8時30分～17時15分(土日祝日、12月29日～1月3日除く)

- ・ 申請者ご自身がお越しください。
- ・ 申請者ご自身の本人確認書類(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等の公的証明)をお持ちください。
- ・ 本人確認書類を確認し、費用を窓口にてお支払いいただいた後、写しを交付します。

(2) 郵送で写しを交付する場合

- ・ 郵送の前に、まず電話にて費用をご説明します。
- ・ 費用にご了承いただき次第、カルテの写し及び請求書を送付します。
- ・ 着払で、追跡可能な手段にて郵送します。受取時、郵送代をお支払いください。
- ・ 請求書をご確認の上、記載されている口座に費用をお振込みください。(振込手数料は申請者の負担となりますのでご了承ください)

(3) 閲覧の場合

医師の立ち合いが必要のため、以下の受付時間の範囲で、申請される方との日程調整を行います。医師の業務の都合により、日程が決まるまでに時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

受付時間: 平日8時30分～17時15分(土日祝日、12月29日～1月3日除く)

閲覧後、別途写しの交付を希望される場合は、準備の関係で後日の対応となる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

(様式1)

診療情報提供申請書

記入例 (様式の一部抜粋)

(以下、和暦も可) 20××年×月×日

佐賀大学医学部附属病院長 殿

親族が代理として申請する場合を例にしています。

診療情報の提供を受けたいので、次のとおり申請します。

1	申請者住所 〒×××-×××× 〇〇県〇〇市××町〇-〇		電話 (090) ×× - ××××
	(ふりがな) さだい たろう 申請者氏名 佐 大 太 郎	自署又は押印 印	生年月日 19××年 ×月 ×日 (××才)
	患者との関係 本人・親権者・未成年後見人・成年後見人・親族・任意代理人・任意後見人・遺族・()		
2	・申請者と患者が異なる場合のみ記入 ・患者が未成年で、親権者又は未成年後見人が申請する場合、患者が満15歳以上ならば原則として患者の自署又は押印が必要です		
	患者住所 〒×××-×××× 〇〇県〇〇市××町〇-〇		電話 (09××) ×× - ××××
	(ふりがな) さだい はなこ 患者氏名 佐 大 花 子	生年月日 19××年 ×月 ×日 (××才)	
3	情報提供を希望する理由 (差支えなければ記入ください)		
4	情報提供の希望内容	☒ 診療録 (カルテ) (入院・外来) 20××年4月1日～20××年7月31日 ☐ 処方箋 (入院・外来) 年 月 日～ 年 月 日 ☐ 検査記録 (入院・外来) 年 月 日～ 年 月 日 ☐ 画像 (入院・外来) 年 月 日～ 年 月 日 ☐ () (入院・外来) 年 月 日～ 年 月 日	
	診療科名	〇〇科、××科、△△科	
	情報提供を受ける方法	【方法】 ☒ 写し ☐ 閲覧 (希望日 年 月 日 時) 【写しの受取方法】 ☐ 窓口 ☒ 郵送 (申請者住所あて着払)	
5	同意事項	☒ 部分提供又は不提供の可能性がります。 ☒ 複写費用は申請者の負担となります。 ☒ 提供当日、本人確認書類 (運転免許証等) を持参ください。	
6	備考		

以下の添付資料を添えてください。

- ☒ 申請者の本人確認書類 (運転免許証等) の写し
- ☒ 患者以外が申請する場合: 患者との関係を証明するもの

(以下省略)

委任状

記入例

私は、

代理人氏名 ○大 次郎

患者本人との関係 例) 子、保険会社社員、 等

住所 〒○○○-××××
 ○○県○○市××町○-○

電話番号 09×× (××) ××××

を代理人として、次の事項を委任します。

委任事項を必ず記載してください。

記

例) 私に関する診療情報の提供を申請し、診療情報の提供を受ける件

20××年×月×日

委任者（患者本人）

住所 〒○○○-××××
 ○○県○○市××町○-○

氏名 佐大 太郎

印

（自署又は押印）

生年月日 19××年×月×日 生

電話番号 09×× (××) ××××

※患者本人が病気その他の理由により委任できない場合は、患者本人以外の方が委任者となることができます。この場合、委任状に加え、戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）等、患者本人との関係を証明するものを添付してください。