

# 個人情報を開示請求される方へ

個人情報を開示請求される方は、必要書類をご持参のうえ、手続きされるようお願いいたします。

注) 一度提出された開示請求書はキャンセルできませんのでご了承ください。

## 【開示請求できる方】

- A) ご本人 (成人で判断能力のある場合に限る。)
- B) ご本人が未成年である場合は法定代理人 (ただし、満 15 歳以上の未成年の場合には疾病の内容によっては、本人のみの請求を認めるものとします)
- C) ご本人から代理権 (本人が指名した) を与えられた親族
- D) ご本人の判断能力に疑義がある場合は、親族 (2 親等内) 及び現に本人の世話をしている縁故者。親族がない場合は、法定代理人。
- E) 死亡したご本人の遺族 (2 親等内)

但し、以下の場合には法律に基づき開示請求をお断りさせていただくことがあります。

- ・ 患者本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
- ・ 当院の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
- ・ 他の法令に違反することとなる場合

また、第三者より提供された情報 (他医療機関からの紹介状 等) は原則開示しておりません。

## 【申請の手続き】

### 1 ご本人が開示請求する場合 (上記 A の方)

- ① 個人情報開示請求書
- ② 請求者の本人確認ができるもの (運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、公的機関が発行した写真付きの身分証明書 など写真付きの証明書)
  - ※ 個人情報を保護する観点から本人確認を実施しております。ご理解をお願いします。
  - ※ 写真付きの証明書をお持ちでない場合は本人を証明できるもの 2 点 (保険証と住民票等) をお持ちください。

### 2. ご本人の法定代理人・任意代理人が開示請求する場合 (上記 B~E の方)

上記 1. に記載の書類のほか、次の書類も提出してください。

- ① 代理人確認書もしくは委任状 (任意の様式可)
  - ※ 遺族からの請求の場合は不要です
  - ※ 委任状は申請の 3 ヶ月以内に取得したもの
- ② ご本人の法定代理人・任意代理人であることを証明する身分証明書、本人との続柄が分かるもの
  - ※ 戸籍謄本 (抄本)、住民票、登記事項証明書など

### 3. 郵送で開示請求する場合

上記に記載の書類のほか、次の書類も提出してください。

- ① 「1. ②請求者の本人確認ができるもの」のコピー
- ② 住民票 (開示請求をする日前 30 日以内に作成された原本に限ります。) ※受診時に登録した住所に送付するため、転居されている場合は必要となります。)

## 【開示請求書の記入について】

1. 開示を希望する患者様の氏名・生年月日・住所を記入してください（分かれば診察券に記載された患者番号）
2. 開示を希望する記録等欄に開示を希望する個人情報の番号を○で囲んでください。

① 診療録	医師記録のみ
② 診療記録	医師記録・医師以外の職種の記録のみ
③ 画像・検査記録	エックス線写真等の診断記録、血液検査結果等
④ エックス線写真	エックス線写真等のデータ
⑤ 上記1～4のすべて	全ての記録

3. 開示を希望する期間を記入してください。
4. お受け取りを希望される媒体をお選びください。
  - ・上記①～③は紙かPDFデータをお選びいただけます。PDFデータはCDでのお渡しとなります。
  - ・④はCDのみのお渡しとなります
5. お受け取り方法をお選びください。（但し、郵送費は請求者様負担となります）
6. 開示請求される方のお名前を、開示請求者（自署）欄にご記入ください。

## 【開示の決定】

- ① 開示の決定は、原則として開示請求書を受理した翌日から1週間以内に行います。開示請求書に記載された住所へ郵送にて「回答書」を送付します。
- ② 開示方法は、複写（コピー）で開示します。
  - ・開示に係る費用  
申請料 1000円（税抜）  
複写料金  
紙 10円/1枚  
CD 500円/1枚  
※ 紙50枚もしくはCD1枚までは申請料に含まれます。但し、それを超える場合は申請料に実費として追加徴収させていただきます
  - ・郵送による交付をご希望の場合は、簡易書留による送付となり、①と併せて郵便料金相当額を徴収します。また、下記についてご了承ください。
    - ・郵便事故について当院は責任を負えません。
    - ・家族等第三者が受け取る可能性があります。
    - ・受診時に登録した住所にしか送付しません。受診時の住所から転居している場合は、「氏名・生年月日・住所」が記載された書類のコピーを添付していただく必要があります。

## 【開示請求の郵送先】

郵送により開示請求をされる場合は以下の担当者宛に郵送ください。

〒920-8616 石川県金沢市京町20番3号

公益社団法人 石川勤労者医療協会 城北病院 医療情報課 開示請求担当者 宛