

郵送で診療記録等の開示請求をする方へ(お知らせ)

郵送による開示請求をご希望の方は、必要書類をご準備のうえ、医療情報提供委員会事務局宛にレターパックで郵送してください。

なお、書類一式が事務局に到着してから開示までは、概ね 30 日間のお時間をいただきます。また、所定の料金を定めていますので、あらかじめご了承ください。

1. 郵送で手続きができる方

以下3項目全てに当てはまる患者本人

- (1) 診療記録の謄写を電子データで受取り希望する方
- (2) 以下6. 本人確認書類のいずれか1点を所持している方
- (3) (2)の本人確認書類に記載された住所に居住している方(国内に限る)

2. 開示請求ができる範囲

残存する診療録(カルテ)、看護記録、検査記録、エックス線写真等、診療を目的として当院にて作成されたものとします。(他の医療機関で作成された文書、検査記録、慶應書式以外の診断書等は開示の対象外となります。)

3. 開示できない場合

- (1) 治療効果等への悪影響が懸念される場合
- (2) 家族、医療従事者および関係者の権利、利益を損なう恐れがある場合
- (3) その他開示を不適当とする事由があると病院長が認める場合

4. 開示方法

謄写したデータを当院所定の USB に保存しお渡します。

5. 開示請求に必要な書類

- A) 診療記録開示請求書(郵送用)
※当院ホームページよりダウンロード
- B) 郵送で診療記録等の開示請求をする方へ(お知らせ) *2 ページ分まとめて左上を留めてください。
※当院ホームページよりダウンロード (署名したもの)
- C) 患者本人確認書類の写し
※詳細は6. 本人確認書類参照

6. 本人確認書類

※有効なものに限る

■顔写真 ■氏名 ■生年月日 ■住所 のコピーをしてください。	個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 *2012年4月1日以降の発行に限る 特別永住者証明書、在留カード(外国人登録証明書) 旅券(パスポート) *所持人記入欄が設けられており、かつ、住所が記載されているものに限る 各種福祉手帳(顔写真付)、身体障害者手帳
---	--

7. 開示の手順

- (1) 開示請求をされる方は、「5」の必要書類を準備し、医療情報提供委員会事務局宛てにレターパックで郵送してください。到着後、開示可否の審議を行います。
- (2) 決定内容に従った準備が整い次第、回答書を本人確認書類に記載された住所に本人限定受取郵便で郵送いたします。回答が「開示」の場合はパスワード、開示に係わる費用の請求書を同封します。
- (3) 費用を指定した口座にお振込みいただき、指定したアドレスにメールを送信してください。
振込手数料は請求者様のご負担となります。また振込明細書をもって領収書の発行に代えさせていただきます。
- (4) 入金確認後、データを保存した USB を(2)と同じ住所にレターパックプラスで郵送いたします。
回答書に記載されたパスワードを入力しご確認ください。パスワードを再度お知らせすることは出来かねますので紛失しないようご注意ください。
- (5) 回答書発送後 1 ヶ月を超えて入金がない場合は、全てキャンセルとし謄写物も廃棄しますのでご注意ください。

8. お渡しするデータについて

- (1) 診療記録のデータは PDF 形式(Adobe Acrobat 作成)でのお渡しとなります。
- (2) 印刷をした場合は全てに「複写」の透かし文字が印刷されます。また編集することはできません。
- (3) お渡しした謄写物の取扱いにはご注意ください

9. その他

- (1) 開示するものがない場合は電話でご連絡をし、キャンセルいたします。
- (2) キャンセルとなった場合も、送付いただいた書類は返送いたしかねますのでご了承ください。
- (3) 郵送手続きをした場合は、窓口でのお受け取りはできません。

10. 診療記録等開示に係わる費用

診療記録等の開示に対し、次のとおり料金(消費税込)を定めています。

- | | |
|----------------------|--|
| 1) 開示手数料 | 4,400 円 |
| 2) 謄写 | ・診療記録 電子 (USB) 64MB まで 3,300 円 / 128MB まで 6,600 円 / 1G 9,900 円 |
| | ※紙媒体(2011 年以前)の診療記録がある場合は、変換作業料として別途 2,200 円/回 |
| | ・エックス線、CT、MR 写真等(CD) 1,100 円/枚 |
| 3) 回答書送料(本人限定受取郵便費用) | 実費 |

※エックス線、CT、MR 写真等(CD)のみ開示となった場合は別途レターパックプラス送料を実費でいただきます。

以上

上記内容について慶應義塾大学病院診療記録等の開示規定を理解し、同意します。

年 月 日 氏名(自署)

書類郵送先

問合せ先

〒160-8582

東京都新宿区信濃町35

慶應義塾大学病院 医療情報提供委員会事務局

03-3353-1211 内線(62989)