

当院の診療諸記録開示について 2026.3.2 更新

1. 目的

ご希望に応じて診療情報を開示することにより、医療提供者と患者さまとの間で良好な関係を構築することを目的としております。その目的を達成するために患者さま本人のプライバシーの保護に十分配慮しつつ、下記により診療諸記録の開示を行っております。

2. 開示する診療諸記録の範囲

診療諸記録とは、診療録、看護記録、処方箋（処方記録）、検査記録、検査結果報告書、X線フィルム、その他の画像診断フィルムおよびレセプト等診療を目的として本院の職員が作成した記録とします。ただし、本院以外の医療機関の医師からの紹介状（診療情報提供書）等第三者が作成したり第三者から得た情報、ならびに患者さまの事務的管理を目的として本院が作成する資料、および診療に伴う研究に関する情報は含まないものとします。また、法定の保存期間を過ぎた診療情報で、すでに廃棄された診療情報についてはこの限りではありません。

3. 診療諸記録の開示の対象者

診療諸記録の開示は、患者さま本人の申請に基づいて患者さま本人に対して行うことを原則とします。ただし、次の場合には患者さま本人であっても開示しないことがあります。

- ①患者さまが疾病や治療内容について理解し、合理的に判断することができない状態にある場合
- ②患者さまへの開示が、患者さまと本院の職員を除く第三者の不利益になると考えられる場合
- ③医学的見地から開示することが治療効果に悪影響をおよぼす等、患者さまの不利益になると考えられる場合
- ④開示請求が余りにも頻回にわたるなど、開示を必要とする合理的な理由がないと考えられる場合

4. 診療諸記録の開示の方法等

（1）診療諸記録の開示を受けようとする場合は、申請者の住所、氏名（原則として自署）、電話番号、生年月日、開示を求める診療諸記録の種類、対象とする期間、開示を受けたい部分を特定する事項、希望する開示の様式等を記載した申請書と本人確認ができる公的証明書を医事課へ提出してください。

（2）開示する記録の閲覧およびコピーは本院が指定する場所で行うものとし、診療諸記録の院外への持ち出しは禁止となっています。

5. 診療諸記録の開示に必要な費用について

診療諸記録のコピーその他開示に伴って必要な費用については、申請者の実費負担となります。

診療諸記録開示についてのご意見・ご希望、お問い合わせ先

高島市民病院医事課

〒520-1121

滋賀県高島市勝野 1 6 6 7

T E L 0740-36-0220 (代)

F A X 0740-36-1341

診 療 諸 記 録 開 示 申 請 書

高島市民病院病院長

殿

診療諸記録等の開示を受けたい患者様氏名等	ふりがな 患者様氏名			
	住 所			
	生年月日	M、T、S、H、R	年	月 日生
開示を希望する記録 (該当する所に○印をご記入して下さい。)		診療日・部位等	複写	閲覧
	1. 診療経過の要約書			
	2. 診療録のみ			
	3. 検査記録・検査成績書			
	4. X線フィルム・CD			
	5. 画像診断記録			
	6. その他			
閲覧又は複写希望の診療科と日 (該当する所に○印をご記入して下さい。)	1. 希望診療科名	科		
	2. 第一希望日	月 日 午前・午後		
	3. 第二希望日	月 日 午前・午後		
	4. 特に希望なし			

私は、上記のとおり、診療諸記録の開示を希望します。

令和 年 月 日

氏名 (自署) _____

患者様との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

備 考

1. 患者様ご本人申請の場合

成人の患者様が申請する場合は、確認の為に運転免許証、旅券、マイナンバーカード、資格確認証、国民年金手帳、厚生年金手帳等ご本人を確認するものの提示が必要です。

写しを取らせて頂きますのでご了承下さい。

2. 未成年者である患者様の場合

患者様が未成年者である場合は、ご本人又は法定代理人が申請者として記入して下さい。

3. 患者様以外の申請の場合

患者様以外の方が申請される場合は、法定代理人が記入して下さい。委任状の提出を求めることがありますのでご了承下さい。

又、法定代理人が申請する場合には、当事者の身分証明書と裁判所の審判書等の謄本又は患者様との関係が判る戸籍謄本等の証明書が必要です。

委 任 状

私は、

(氏 名) _____

(住 所) _____

を代理人として、次の事項を委任します。

記

私に関する診療諸記録等の閲覧・謄写（コピー）などを申請し、_____

の写しなどの交付を受ける件

令和 年 月 日

委任者・本人 住 所 _____

必ず患者様が自
分でお書き下さ
い

氏 名(自署) _____

生 年 月 日 _____ 年 月 日生