

## 鳥取市立病院における診療記録の開示に関する要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、鳥取市立病院(以下「病院」という。)が、患者等の求めに応じて診療記録を開示する際の手続を定め、診療記録を開示することにより、医療従事者と患者が診療記録を共有し、相互の信頼関係を深めることにより、質の高い医療を実現することを目的とする。

### (開示する診療記録)

第2条 開示する診療記録は、診療録（カルテ）、看護記録、処方せん、検査記録、エックス線写真その他患者の診療のために病院職員が作成した業務記録とする。

### (診療記録の開示方法)

第3条 診療記録の開示方法は、閲覧又は写しの交付とする。

### (診療記録の開示を申し出ることができる者)

第4条 診療記録の開示を申し出ることができる者（以下「申出者」という。）は次のとおりとする。

(1) 患者が満15歳以上で判断能力ある場合は本人

(2) 本人以外で以下に該当する者

ア 患者が未成年又は成年被後見人である場合は、法定代理人（本人が満15歳以上の未成年者の場合は、本人の同意がある場合に限る。）

イ 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人

ウ 本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者

エ 本人が死亡している場合はその親族（配偶者又は2親等までの血族（これらの者に法定代理人又は委任代理人がいる場合の法定代理人又は委任代理人を含む。）をいう。）

オ 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、日常的に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者

### (診療記録の開示を拒みうる場合)

第5条 診療記録が次の各号のいずれかに該当する場合は、当該診療記録の開示を拒むことができる。

(1) 第三者によって作成されたものである場合

(2) 開示することにより、患者の権利利益を損なうおそれがある場合

(診療記録の開示手続)

第6条 診療記録の開示手続は、次のとおりとする。

- (1) 申出者は、様式第1号「診療記録開示申出書」(以下「申出書」という。)に申出者本人であることを証する書類を添付して、病院長に提出する。ただし、申出書に記載すべき内容と同等の書類がある場合は、これに替えることができる。
- (2) 病院長は、申出書を受理した場合は、開示の可否等について決定し、申出者に通知する。なお、非開示とする場合は様式第2号「診療記録の非開示のお知らせ」による。
- (3) 病院長は、診療記録が存在しない旨の証明を文書で求められた場合は、様式第3号「診療記録不存在証明書」(以下「不存在証明書」という。)を交付する。ただし、申出者が指定する書類にて不存在証明を求められた場合は、これに替えることができる。
- (4) 診療記録の開示は、病院が指定する場所において行う。ただし、郵送を希望する申出者に対しては、書留等(対面で届き、かつ受領印又は受領の際に署名が必要な郵便)により申出者に送付する。

(診療記録の開示申出の取り下げ)

第7条 申出の受理日より6か月経過しても、申出者が必要書類の不備、不足について応じない場合は、申出が取り下げられたものとする。

(個人情報保護管理委員会の設置)

第8条 診療記録の開示が適切に行われるよう、院内に個人情報保護管理委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

- 2 委員会は、院内における診療記録の開示の具体的方策及び実施要綱等を定める。なお、委員会の構成及び設置要綱は、別に定める。

(費用の徴収)

第9条 診療記録の写し及び不存在証明書の交付に要する費用は、申出者の負担とし、全額前納とする。

- 2 前項の費用は別表に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。
- 2 鳥取市立病院における診療情報の提供に関する要綱は廃止する。

別表（第9条関係）

診療記録の提供に必要な費用（消費税を含む）

- 1 複写費用はコピー機・プリンター機を使用した場合、  
モノクローム1枚10円、カラー1枚100円とする。  
画像フィルム（半切、大角、四ッ切）の複写は1枚550円とする。  
画像等CD-Rは1枚1,100円とする。
- 2 診療記録不存在証明書は1通1,650円とする。（第6条第3号ただし書の書類を含む。）
- 3 送付に必要な費用は、郵便法に定める料金に相当する額を徴収する。

## 診療記録開示申出書

鳥取市立病院長 様

|        |   |   |   |
|--------|---|---|---|
| 申出年月日： | 年 | 月 | 日 |
|--------|---|---|---|

下記のとおり診療記録の開示を申し出ます。(枠内を記入して下さい)

|                                      |      |                                                                                                                                                                                         |      |  |
|--------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 診療記録の開示を<br>受 け た い 方<br>( 患 者 本 人 ) | 住 所  | 〒                                                                                                                                                                                       |      |  |
|                                      | 氏 名  |                                                                                                                                                                                         | 患者番号 |  |
|                                      | 生年月日 | 年 月 日                                                                                                                                                                                   |      |  |
|                                      | 電話番号 |                                                                                                                                                                                         |      |  |
| 申 出 者<br>※申出者が患者本人<br>の場合は記載不要       | 住 所  | 〒                                                                                                                                                                                       |      |  |
|                                      | 氏 名  |                                                                                                                                                                                         |      |  |
|                                      | 電話番号 |                                                                                                                                                                                         |      |  |
| 申 出 者 と 患 者 の 関 係                    |      | <input type="checkbox"/> 患者本人<br><input type="checkbox"/> 法定代理人 ( 成年後見人 ・ 未成年者 )<br><input type="checkbox"/> 親 族 ( 患者からみて )<br><input type="checkbox"/> そ の 他 ( )                       |      |  |
| 開 示 を 受 け た い<br>診 療 記 録 の 種 類       |      | <input type="checkbox"/> 診療録 (カルテ) <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 画像<br><input type="checkbox"/> 処方せん <input type="checkbox"/> その他： |      |  |
| 診 療 科                                |      | <input type="checkbox"/> 全科 <input type="checkbox"/> その他：    科                                                                                                                          |      |  |
| 期 間 等                                |      | ( 入院 ・ 外来 )                                                                                                                                                                             |      |  |
| 開 示 の 方 法                            |      | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 複写の交付 ( <input type="checkbox"/> 用紙    ・ <input type="checkbox"/> C D - R    )                                                  |      |  |
| 診 療 記 録 が 存 在<br>し な い 場 合           |      | 診療記録不存在証明書 ( 1 通 1 , 6 5 0 円 ) の交付<br><input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要                                                                                           |      |  |

## ※病院処理欄

|         |                                                                                                                                           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申出者本人確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 申出者資格確認 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                               |

## 委任状

私は、下記の者を代理人として、私の診療記録開示に関する開示手続及び受領に関する一切の権限を委任します。

委任者（患者本人）

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

生年月日                      年                      月                      日                      生

| 代 理 人  |  |
|--------|--|
| 氏 名    |  |
| 患者との関係 |  |
| 住 所    |  |
| 電話番号   |  |

注： 1）本書類は特別な場合を除き患者本人が自署してください。

自署する場合は押印が省略できます。

2）委任状の他に、患者と代理人の関係を証明するものの提出が必要です。

年      月      日

## 診療記録の非開示のお知らせ

様

鳥取市立病院長

年 月 日付で開示の申出がありました診療記録については、下記のとおり非開示となりましたのでお知らせします。

## 記

|                     |                                                                                                             |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 開示の申出に係る<br>診療記録の内容 | 患者氏名：<br>生年月日：<br><br>患者番号：<br><br>診療録（カルテ） ・ 看護記録 ・ 検査 ・ 画像<br>処方せん ・ その他（<br><br>期間等（ 入院 ・ 外来 ）<br>（<br>（ |
| 非開示の理由              |                                                                                                             |
| お問い合わせ先             |                                                                                                             |
| 備 考                 |                                                                                                             |

年 月 日

診療記録不存在証明書

様

鳥取市立病院長

年 月 日付で開示の申出がありました診療記録について、下記のとおり証明します。

記

|                |                                                                                                                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者名等           | 患者氏名：<br>生年月日：患者番号：                                                                                                                                |
| 診療記録の<br>不存在期間 | <input type="checkbox"/> 一切存在しません。<br><input type="checkbox"/> 外来診療録については、_____のものは存在しません。<br><input type="checkbox"/> 入院診療録については、_____のものは存在しません。 |
| 診療記録の<br>不存在理由 | <input type="checkbox"/> 法定の保存義務期間の経過により処分したため<br><input type="checkbox"/> 患者の受診履歴が確認できないため<br><input type="checkbox"/> その他（_____）                 |
| お問い合わせ先        |                                                                                                                                                    |
| 備 考            |                                                                                                                                                    |