

カルテ開示手続きについてのご案内

【開示を申出る資格のある方】

1. 患者ご本人
2. 患者本人の法定代理人(親権者、後見人、成年後見人)
3. 患者ご本人から同意を得た親族
4. 患者本人から委任を受けた代理人

【手続きに必要なもの】

1. 開示申出者が患者ご本人の場合
 - 1) 様式第1号 診療情報提供申出書
 - 2) 本人確認証明書類の写し(運転免許証(表裏面)、健康保険証(表裏面)、パスポート、マイナンバーカード表面など)
2. 開示申出者が法定代理人、成年後見人、資格のあるご親族の場合
 - 1) 様式第1号 診療情報提供申出書
 - 注1 患者ご本人が15歳以上ならば、患者ご本人の同意と署名が必要です。
 - 注2 本人署名が困難な場合は、何故困難なのか理由をお書き添え願います。
 - 2) 患者本人の確認証明書類の写し(運転免許証(表裏面)、健康保険証(表裏面)、パスポート、マイナンバーカード表面など)
 - 3) 開示申出者の確認証明書類の写し(運転免許証(表裏面)、健康保険証(表裏面)、パスポート、マイナンバー表面など)
 - 4) 患者ご本人と開示申出者との関係性が分かる戸籍謄本**原本**、登記事項証明書**原本**(成年後見人の場合)、法定相続情報一覧図**原本**など(発行から30日以内のもの)
 - 注3 住民票とお間違えの場合は、受付できません。
 - 注4 戸籍謄本で患者本人と開示申出者との親族関係を証明する場合は、親族関係を辿れる分の戸籍謄本が必要になります。開示申出者の状況によっては、世代をまたいでの取り寄せが必要な場合がございます。
3. 開示申出者が患者本人から委任を受けた代理人の場合
 - 1) 様式第1号 診療情報提供申出書
 - 注5 代理人が申出書になる場合は、申出書の「4 患者本人以外の者が申出をする場合 患者本人の同意」の欄に患者の本人の署名と捺印を必ず貰って下さい。
 - 2) 患者本人の確認証明書類の写し(運転免許証(表裏面)、健康保険証(表裏面)、パスポート、マイナンバーカード表面など)
 - 3) 患者本人から代理人への診療情報開示手続きに係る委任状**原本**
 - 注6 委任状に記載する患者住所並びに氏名欄は患者本人の自署が必要です。
 - 4) 代理人の本人確認証明書類コピー(運転免許証(表裏面)、健康保険証(表裏面)、パスポート、マイナンバーカード表面のいずれか1つ + 社員証または弁護士の場合は弁護士会発行の有効期間内の身分証明書(表裏面)など)

【開示決定までの所要日数及び連絡】

原則的に受付日から 30 日以内に、開示または非開示の決定をいたします。ただし状況によっては 30 日を超えての期間を要する可能性があります。用意が調い次第、担当より決定の通知を差し上げます。（電話又は郵送）

【料金】

紙：1 枚につき 33 円

注 6 片面コピーでの提供となりますので、ご了承下さい。

CD-R、DVD-R：1 枚につき 550 円（X線、CT、MRI などの画像データを格納します）

【料金お支払い及び引渡し】

1) 当院窓口での引渡し：当日現金でお支払いください。

2) 郵送での引渡し：事前に銀行口座振込みでお支払いください。収納確認後に郵送いたします。

注 7 お支払い及び引渡しの原則は前記の通りなのですが、新型コロナウイルスなど感染症の流行が終息しない状況では、その方法を適宜変更する場合がございますので、予めご了承願います。

【沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの開示担当窓口】

〒901-1193

沖縄県島尻郡南風原町字新川 118 番地 1

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

医事課 カルテ開示担当

電話（代表） 098-888-0123 F A X 098-888-3500

窓口取扱日時 月曜日から金曜日（公休日及び沖縄県機関閉庁日を除く）

午前 8 時 30 分から午後 5 時まで

説明日付	年	月	日
------	---	---	---