

検査記録等の開示請求等に係る処理について

健康診断検査記録の交付や貸出し、健康診断結果報告書の再発行、検査記録等の訂正等の請求があった場合は、個人情報開示等請求の手続きを踏むこととし、以下の手順により適正に実施する。

1 対象とする検査記録等

この規程において、情報開示の対象とする検査記録等の種類及びその開示媒体、検査記録等の要返却・返却不要の区分、保存期間は下表のとおりとし、これに該当する検査記録等をこれに定める媒体にて所定の手続きを経て開示等を行い、また訂正等の手続きを行うこととする。

なお、胸部エックス線写真と胃部エックス線写真については、フィルムで保存している場合とデジタルデータで保存している場合がある。また、腹部超音波写真等と乳房超音波写真等については、動画で保存している場合と静止画で保存している場合がある。

また、胸部エックス線写真及び胃部エックス線写真のデジタルデータについては、データディスクで開示することを原則とするが、現像写真での開示希望がある場合は、ドライイメージャにより現像化して開示することとする。

検査記録等の種類	開示媒体	返却	保存期間
① 胸部エックス線写真	フィルム	要	5年間
	データディスク又は現像写真	不要	
② 胃部エックス線写真	フィルム	要	5年間
	データディスク又は現像写真	不要	
③ マンモグラフィ写真	データディスク	不要	5年間
④ 心電図	写し	不要	5年間
⑤ 眼底写真	データディスク	不要	5年間
⑥ 腹部超音波写真等	データディスク又は写真	不要	5年間
⑦ 乳房超音波写真等	データディスク又は写真	不要	5年間
⑧ 健康診断結果報告書	原本同様の印刷物	不要	3年間
⑨ 診療録	写し	不要	5年間
⑩ 検査記録の他医療機関への提供処理記録	写し	不要	5年間

2 事務処理担当者

開示等請求があった場合の受理・交付等の担当は、当該個人情報の本人の所属事業

場等を担当する業務課(施設健診室含む。以下同じ。)又は総務課の担当者(以下「事務処理担当者」という。)とするが、開示請求等の問合わせ等には部署を問わず、対応することとする。

3 検査記録等の開示請求手続き

(1) 本人請求又は任意代理人による請求の場合

開示請求者が検査記録等の開示を請求するに当たり、必要な書類は次のとおりとする。

① 個人情報に関する開示請求書(様式1号)(以下「開示請求書」という。)及び健康診断受診者又は患者本人の確認書類として、次のいずれか。

② 運転免許証の写し1通

③ 学生証の写し1通

④ 日本国の旅券の写し1通

⑤ 健康保険証の写し1通及び住民票(発行後6ヶ月以内)又は現住所が記載されている公共料金領収書又は請求書の写し1通

⑥ 障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかの写し1通

⑦ 在留カードの写し1通及び旅券、公共料金領収書又は請求書、米軍IDカード

⑧ マイナンバーカードの写し1通

開示請求者が受診者等本人以外の場合(任意代理人による請求)は、保有個人情報の開示請求の範囲、請求者に対しデータの開示を行う旨及び開示の形態について受診者等本人に対し電話等により説明を行い、受診者等本人の了解を得た後に、請求者に対し開示を行うこととする。説明を行ったこと及び了解を得られた旨は様式1号の余白に記録しておくこととする。

また、任意代理人による請求は、開示請求者に係る上記同様の本人確認書類も必要とする。

(2) 親権者又は成年後見人による請求の場合

親権者又は成年後見人による請求の場合の必要書類は次のとおりとする。

① 個人情報に関する開示請求書(様式1号)(以下「開示請求書」という。)及び健康診断受診者又は患者本人の確認書類として、上記(1)②～⑧のいずれか

② 代理人本人の上記同様の本人確認資料

③ 親権者又は成年後見人であることを確認する書類として次のいずれか

・ 委任状

・ 戸籍謄本(発行後6ヶ月以内)

・ 成年後見人登記事項証明書(発行後6ヶ月以内)

4 開示請求書等の受理

様式1号「開示請求書」が、本人確認用の添付書類及び本人と開示請求者が異なる場合の開示請求者の本人確認書類並びに8の開示事務手数料及び郵送受取りの郵送料(以下「手数料等」という。)を添えて開示請求者から提出された場合に、2の事務処理担当者は、必要に応じて、当該様式の開示請求書内部処理欄の「受診番号」、「フィルムID」、「種別欄」に記入の上、内部処理欄の「① 受理」の欄に受付月日を記入して押印し、総務課に回付して、手数料等の納付について総務課担当者の確認を求める。

総務課担当者は8に規定する手数料等の納付を確認ののち、様式1号「開示請求書」の内部処理欄の「② 総務課」の欄に月日を記入して押印し、その後、当該請求書に、開示請求者あての「領収証」を添えて、管理責任者(事務局長又は事務局長が指名した者)へ回付する。

管理責任者は、様式2号「開示請求書受理簿」に登録し、また、開示請求書の内部処理欄の「③ 管理責任者登録」欄に月日を記入し押印する。

5 検査記録等の交付手続き

登録の後、管理責任者は、事務処理担当者へ当該開示請求書を「領収証」を添えて回付し、事務処理担当者は、管理責任者の押印を受けた当該開示請求書を放射線室又は情報管理課の担当者に示し、保管管理部署の担当者は目的の検査記録等を事務処理担当者に手交する。保管管理部署の担当者は、管理責任者の押印がない場合には検査記録等を事務処理担当者に交付してはならない。

検査記録等の交付を受けたのち、事務処理担当者は、開示請求対象が健康診断結果報告書の場合を除き、検査記録と健康診断結果報告書の写し等を開示請求書に添えて、順天健診クリニック所長又はクリニック医師の交付確認及び内部処理欄の「④ クリニック所長又は医師」欄への押印を求める。

その後、事務処理担当者から検査記録等を開示請求者あて手交又は郵送等するが、手交又は郵送等の対象書類は下表のとおりである。その場合に、担当者は様式4号、5号、6号の写しを取っておく。

郵送は、「レターパックライト」を用いるが、これに入らないフィルム又は現像写真については、特定記録定型外郵便を用いる。

手交又は郵送等する書類等

区分	返却が必要な検査記録の場合	返却不要の検査記録の場合
検査記録	○	○
様式4号		○
様式5号	○	
様式6号	○	
手数料等領収証	○	○

なお、様式6号については、窓口手交の場合は、その場で開示請求者に記入願ひ、

回収する。また、郵送等の場合は、検査記録等に同封し、返信用封筒を同封して返送願う。返信用封筒のあて先は当事業団事務局長とする。

手交又は郵送等が終了した場合は、事務処理担当者は当該開示請求書の内部処理欄の「⑤ 交付」欄に月日を記入し押印して、当該開示請求書と様式4号の写し又は様式5号の写し、回収できた場合は様式6号も添え、あわせて医師に提示した健康診断結果報告書の写し等もあわせ、管理責任者に回付する。管理責任者はこれを確認した場合は、当該開示請求書の内部処理欄の「⑥ 管理責任者確認」欄に月日を記入し押印して、関係書類一式を保管する。

返却が必要な検査記録の場合で、郵送等により送付した場合に、開示請求者から様式6号が返送されてきた場合は、管理責任者がこれを保管する。

6 開示請求に係る事務処理期間

申請書受理から結果手交又は発送までを概ね1週間以内を目途に処理をする。

ただし、事務処理に時間を要する場合その他正当な理由がある場合は、処理期間を延長することも可とする。

7 開示した検査記録等の回収時の手続き

貸出した検査記録が回収された場合に、窓口を持参された場合は、事務処理担当者は検査記録の回収と引き換えに管理責任者が保管している様式6号を持参者あて返却する。

その後、事務処理担当者は、放射線室に検査記録を返却する。放射線室の所属長は、回収を確認した場合は、様式3号「検査記録返却済通知書」に必要事項を記載し、管理責任者あて報告する。

管理責任者は、様式3号を受理したときは、様式2号「個人情報開示請求書受理簿」の検査記録返却年月日に記載する。

郵送等により検査記録が返却された場合は、回収を確認した事務処理担当者は、管理責任者から様式6号を貰い受け、様式7号とともに郵送等で開示請求者に送付する。その後の手続きは持参返却時と同様とする。

8 開示事務手数料等(1回分当たり、税込)

種別	金額(円・税込)	
	手数料	郵送の郵送料
胸部エックス線写真貸出し	420	+ 420
胸部エックス線写真デジタルデータ又は現像写真	420	郵送での受取りを希望される場合は、左欄の手数料に郵送料420円を加える。
胃部エックス線写真貸出し	420	
胃部エックス線写真デジタルデータ又は現像写真	420	
マンモグラフィ写真デジタルデータ	420	
心電図写し	420	

眼底写真デジタルデータ	420	
腹部超音波写真デジタルデータ又は写真	420	
乳房超音波写真デジタルデータ又は写真	420	
健康診断結果報告書	420	
診療録写し	420	
検査記録の他医療機関への提供処理記録	420	

注：同一種別又は異なる種別で検査記録を複数回数分請求される場合の郵送料は5回分までは同一料金とする。

なお、420円は84円切手5枚にて支払いを受けるものとする。

なお、申請後に申請の取消しの意思表示があった場合においても、一旦受領した手数料は返還しない。

8-2 個人情報の訂正申請事務手続き

個人データの正確性の確保や最新情報への更新事務作業については、「個人情報の保護に関する法律」第34条の規定に基づく「訂正」等の事務作業でなく、同法第22条の規定に基づく措置として実施することとする。

様式8号「個人情報に関する訂正請求書」が、様式8号の記載要領5に定める書類を添えて請求者から提出された場合に、2の事務処理担当者は、必要に応じて、当該請求書の「個人情報の名称」「内容」及び「理由」を確認のうえ、内部処理欄の「① 受理」の欄に受付月日を記入して押印する。その後、事務担当者は、訂正等の必要性に関して調査を行い、その調査結果に基づき、様式10号「個人情報訂正等決定通知書」又は様式11号「個人情報の訂正等をしない旨の決定通知書」のいずれかを作成し、管理責任者へ回付する。

事務処理担当者が訂正等の必要性を判断するに当たっては、個人情報保護委員会編「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(通則編)」(平成28年11月、令和3年10月一部改正)及び個人情報保護委員会・厚生労働省編「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(平成29年4月1日、令和4年3月一部改正)等を参照する。

なお、任意代理人による請求の場合は、3に定める任意代理人請求による場合の手続きを準用する。

管理責任者は、事務処理担当者が行った調査内容等を確認のうえ、様式2号-2「個人情報訂正等請求書受理簿」に登録し、また、請求書の内部処理欄の「② 管理責任者登録」欄に月日を記入し押印する。

次に、管理責任者は、順天健診クリニック所長又はクリニック医師に回付し、内部処理欄の「③ クリニック所長又は医師」欄への押印を求める。

その後、事務処理担当者から様式10号「個人情報訂正等決定通知書」又は様式11

号「個人情報の訂正等をしない旨の決定通知書」のいずれかを郵送するが、その場合に、担当者は様式10号又は11号の写しを取っておく。

郵送等が終了した場合は、事務処理担当者は当該開示請求書の内部処理欄の「④ 決定通知書交付」欄に月日を記入し押印して、当該請求書と様式10号の写し又は様式11号の写しを管理責任者に回付する。管理責任者はこれを確認した場合は、当該個人情報の訂正等を事務担当者あて指示し、あわせて当該請求書の内部処理欄の「⑤ 管理責任者確認」欄に月日を記入し押印して、関係書類一式を保管する。

8-3 個人情報の利用停止申請事務手続き

個人情報の利用停止申請事務手続きについては、8-2の訂正等の処理手続きに準じて処理する。

9 ホームページへのアップロード

別紙の「健康診断等検査記録の開示等、結果報告の再発行等の手続きについて」及び様式1号「個人情報に関する開示請求書」については、当事業団のホームページにアップロードする。双方ともpdfファイルとする。

10 個人情報保護及び書類の保存期間

開示等請求事務に伴い当事業団が取得した個人情報は、請求者等の本人確認及び回答等開示等事務に必要な範囲内でのみ利用し、それ以外の目的では利用しない。

また、この規程に係る様式1号から3号まで、4号写し、5号写し、6号、8号、9号、10号写し、11号写しの関係書類の保存期間は5年間とする。

10-2 各年度分の取りまとめ

管理責任者は、当該年度分の様式1号、様式2号、様式2号-2、様式3号、様式8号、様式9号を取りまとめ、翌年度4月末日までに理事長に報告しなければならない。

11 施行

- (1) この規程は平成29年10月10日の申請書受理分から適用する。
- (2) この規程は平成29年10月19日から実施する。
- (3) この規程は平成29年12月16日から実施する。
- (4) この規程は平成30年5月1日から実施する。
- (5) この規程は令和1年10月1日の申請書受理分から実施する。
- (6) この規程は令和1年12月3日から実施する。
- (7) この規程は令和4年2月1日から実施する。
- (8) この規程は令和4年4月1日から実施する。
- (9) この規程は令和4年10月1日から実施する。

様式1号

個人情報に関する開示請求書

太枠内にご記入ください。(請求年月日) **令和** 年 月 日

一般財団法人順天厚生事業団 順天健診クリニック所長 あて

下記のとおり個人情報の開示を請求します。

開示を受けようとする健診受診者又は患者	フリガナ		
	氏名	(姓)	(名)
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	事業所名		
	事業所電話番号	-	-

開示を希望する記録等(該当するものを☑のよ様にチェック)	<input type="checkbox"/> エックス線写真	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ
	<input type="checkbox"/> 検査記録・検査成績表	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底写真 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 乳房超音波
	<input type="checkbox"/> 健康診断結果報告書	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	健診・診療受診日	平成・令和 年 月 日
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 又は <input type="checkbox"/> 診療所窓口等での直接受取	

開示請求者

フリガナ			受診者又は患者との関係
氏名	(姓)	(名)	本人・本人以外()
請求者住所(所在地)	〒		
請求者電話番号	-		

本人同意書

私は、上記の開示請求者に対し、一般財団法人順天厚生事業団 順天健診クリニックが保有する私の健康診断検査記録等が開示されることに同意いたします。

令和 年 月 日

健康診断受診者・患者本人(自署)

--

内部処理欄(以下は記入しないでください)

受診番号		フィルム ID		種別	フィルム・デジタル	
登録番号	①受理	②総務課	③管理責任者登録	④クリニック長又は担当医師	⑤交付	⑥管理責任者確認
	/	/	/	/	/	/

様式3号

検査記録返却済通知書

令和 年 月 日

事務局長 殿

放射線室所属長

個人情報開示請求に基づき貸し出した下記フィルムの返却がありましたので、報告します。

氏名	
フィルム種類	胸部直接写真 ・ 胃部写真
枚数	枚
返却年月日	令和 年 月 日
備考	

様式 4 号

当診療所が保有する個人情報の開示について

_____様

貴殿からの個人情報開示請求に基づく
受診者又は患者 _____様に係る下記の記録

- ① _____
- ② _____
- ③ _____
- ④ _____
- ⑤ _____

を開示いたします。検査記録はご返却いただく必要はありません。
日々の健康管理に今後とも十分ご留意ください。

令和 年 月 日

一般財団法人順天厚生事業団 順天健診クリニック 所長
〒650-0017

神戸市中央区楠町 3 丁目 1-12

電話：078-341-7114

FAX：078-341-7126

様式 5 号

当診療所が保有する個人情報の開示について
(エックス線フィルム貸出について)

_____様

貴殿からの個人情報開示請求に基づく

受診者又は患者 _____様に係る下記のエックス線フィルム

- | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|---|---|----|----|---|----|-----|
| ① | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |
| ② | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |
| ③ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |
| ④ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |
| ⑤ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |

を開示(貸出)いたします。

使用目的が終了次第速やかに、ご持参いただくか又は郵送等により下記までご返却をいただきますようお願い申し上げます。

(検査記録等を当方から郵送等する場合)

別添の「様式 6 号 エックス線フィルム借受証」に記載の上、速やかにご返送いただきますようよろしくお願い申し上げます。

日々の健康管理に今後とも十分ご留意ください。

令和 年 月 日

一般財団法人順天厚生事業団 順天健診クリニック 所長
〒650-0017

神戸市中央区楠町 3 丁目 1-12

電話 : 078-341-7114

FAX : 078-341-7126

様式 6 号

個人情報開示請求に係るエックス線フィルム借受証

受診者又は患者※1 ()に係る
※2 (胸部・胃部・その他())の

下記のエックス線フィルムを借受けました。

- | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|---|---|----|----|---|----|-----|
| ① | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |
| ② | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |
| ③ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |
| ④ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |
| ⑤ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 撮影 | 胸部 | ・ | 胃部 | No. |

使用目的が終了次第速やかに返却します。

一般財団法人順天厚生事業団 順天健診クリニック 所長 あて

令和 年 月 日

※3 住所	〒 -
※4 氏名	(印)
所属事業場名	

(記載要領)

- ※1 健診等受診者・患者の氏名をご記入ください。
- ※2 いずれかを○で囲んでください。「その他」の場合は、種類をお書きください。
- ※3 事業場の所在地ではなく、借受人の住所をご記入ください。
- ※4 自署の場合は、押印がなくてもかまいません。

様式7号

令和 年 月 日

様

一般財団法人 順天厚生事業団 順天健診クリニック 所長

〒650-0017

神戸市中央区楠町3丁目1番12号

電話 078-341-7114

FAX 078-341-7126

個人情報開示請求に係るエックス線フィルム借受証の返却について

拝啓 毎々格別のお引き立にあずかり厚くお礼申し上げます。

さて、お貸ししておりましたエックス線フィルムをご返却いただきましたので、下記書類を返却いたします。ご査収下さいますようお願い申し上げます。

記

送付書類

1	個人情報開示請求に係るエックス線フィルム借受証	1通
---	-------------------------	----

以下余白

様式 8 号

個人情報に関する訂正請求書

太枠内

にご記入ください。

(請求年月日)

年

月

日

一般財団法人順天厚生事業団 理事長 殿

下記のとおり個人情報の訂正を請求します。

訂正を求め る個人情報 の本人	フリガナ		
	氏名	(姓)	(名)
	生年月日		年 月 日
	住所又は居所	〒	
	電話番号	-	-

訂正請求に係る個人情報 の開示を受けた日	年 月 日
個人情報の名称	
訂正請求の内容 及び理由	(内容)
	(理由)

訂正請求者

フリガナ			受診者又は患者との関係
氏名	(姓)	(名)	本人・本人以外()
請求者住所(所在地)	〒		
請求者電話番号	-	-	

本人同意書

私は、一般財団法人順天厚生事業団が保有する私の個人情報が訂正されることに同意いたします。

年 月 日

健康診断受診者・患者本人(自署)

内部処理欄(以下は記入しないでください)

登録 番号	① 受理	② 管理責任者 登録	③ クリニック 長・担当医師	④ 決定通知 交付	⑤ 管理責任者 確認
	/	/	/	/	/

様式8号 「個人情報に関する訂正請求書」 記載要領

1 訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日

個人情報に関する訂正請求に必ずしも開示が必要ではありませんが、開示を受けた個人情報に関して訂正請求をされる場合は、この欄に保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

2 個人情報の名称

訂正請求をされる個人情報の名称を記載してください。

3 訂正請求の内容及び理由

(1) 訂正請求の内容

どのような訂正を求めるかについて簡潔に記載してください。

(2) 訂正請求の理由

訂正請求の内容を裏付ける根拠を明確かつ簡潔に記載してください。なお、本欄に記載しきれない場合には、本欄を参考に別葉に記載し、本請求書に添付して提出してください。

4 訂正請求者の氏名、住所等

請求者本人の氏名及び住所等を記載してください。ここに記載された氏名及び住所あて訂正決定通知等を行うこととなりますので、正確に記入してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、任意代理人若しくは親権者又は成年後見人による訂正請求の場合には、その方の氏名、住所等、電話番号を記載してください。

5 本人確認書類

(1) 本人請求又は任意代理人による訂正請求の場合

確認書類として、次のいずれかを添えてください。

- ① 運転免許証の写し1通
- ② 学生証の写し1通
- ③ 日本国の旅券の写し1通
- ④ 健康保険証の写し1通及び住民票(発行後6ヶ月以内)又は現住所が記載されている公共料金領収書又は請求書の写し1通
- ⑤ 障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかの写し1通
- ⑥ 在留カードの写し1通及び旅券、公共料金領収書又は請求書、米軍IDカード
- ⑦ マイナンバーカードの写し1通

訂正請求者が受診者等本人以外の場合(任意代理人による訂正請求)は、保有個人情報

報の訂正請求の範囲等について受診者等本人に対し電話等により説明を行い、受診者等本人の了解を得た後に、請求の手続きを開始します。

また、任意代理人による訂正請求の場合は、個人情報の本人に係る上記確認書類に加え訂正請求者に係る上記同様の本人確認書類も必要となります。

(2) 親権者又は成年後見人による訂正請求の場合

次の書類を添えてください。

- ① 個人情報本人の確認書類として、上記(1)①～⑦のいずれか
- ② 親権者又は成年後見人に係る上記同様の本人確認書類
- ③ 親権者又は成年後見人であることを確認する書類として次のいずれか
 - ・ 委任状
 - ・ 戸籍謄本(発行後6ヶ月以内)
 - ・ 成年後見人登記事項証明書(発行後6ヶ月以内)

様式 9 号

個人情報に関する利用停止請求書

太枠内

にご記入ください。

(請求年月日)

年

月

日

一般財団法人順天厚生事業団 理事長 殿

下記のとおり個人情報の利用停止を請求します。

利用停止を 求める個人 情報の本人	フリガナ		
	氏名	(姓)	(名)
	生年月日		年 月 日
	住所又は居所	〒	
	電話番号	-	-

利用停止請求に係る個人 情報の開示を受けた日	年 月 日
個人情報の名称	
利用停止請求の内容 及び理由	(内容) 個人情報保護法第 35 条関係 <input type="checkbox"/> 第 1 項該当 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第 3 項該当 提供の停止 <input type="checkbox"/> 第 5 項該当 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 提供の停止
「内容」欄は該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を 入れてください。	(理由)

利用停止請求者

フリガナ			受診者又は患者との関係
氏名	(姓)	(名)	本人・本人以外()
請求者住所(所在地)	〒		
請求者電話番号	-	-	

本人同意書

私は、一般財団法人順天厚生事業団が保有する私の個人情報が利用停止されることに同意いたします。

年 月 日

健康診断受診者・患者本人(自署)

内部処理欄(以下は記入しないでください)

登録番号	① 受理	② 管理責任者 登録	③ クリニック 長・担当医師	④ 決定通知 交付	⑤ 管理責任者 確認
	/	/	/	/	/

様式9号 「個人情報に関する利用停止請求書」 記載要領

1 利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日

個人情報に関する利用停止請求に必ずしも開示が必要ではありませんが、開示を受けた個人情報に関して利用停止請求をされる場合は、この欄に保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

2 個人情報の名称

利用停止請求をされる個人情報の名称を記載してください。

3 利用停止請求の内容及び理由

(1) 利用停止請求の内容

利用停止請求は、該当する項目の□に☑を記入してください。

ア 第1項該当には、① 予め本人の同意を得ないで、利用目的の範囲を超えて個人情報が取り扱われている、② 違法又は不当な行為を助長し又は誘発するおそれがある方法により個人情報が取り扱われている、③ 個人情報が偽りその他不正な手段により取得されたものである、と考えるときに☑を記入してください。また、「利用の停止」又は「消去」のいずれかに☑を記入してください。

イ 第3項該当には、① 法令に基づく場合、② 人の生命・身体又は財産の保護のために必要がある場合であって本人の同意を得ることが困難である場合、③ 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって本人の同意を得ることが困難である場合を除き、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データが第三者に提供されている、又は、外国にある第三者への提供の制限の規定に違反して第三者に提供されていると考えるときに☑を記入してください。

ウ 第5項該当には、保有個人データを当事業団として利用する必要がなくなった場合、個人データの漏えい、滅失、毀損その他個人の権利利益を害するおそれ大きい事態が生じたとき、その他当該本人が識別される保有個人データの取扱いにより当該本人の権利又は正当な利益が害されるおそれがあるとき☑を記入してください。また、「利用の停止」、「提供の停止」のいずれかに☑を記入してください。

(2) 利用停止請求の理由

利用停止請求の内容を裏付ける根拠を明確かつ簡潔に記載してください。なお、本欄に記載しきれない場合には、本欄を参考に別葉に記載し、本請求書に添付して提出してください。

4 利用停止請求者の氏名、住所等

請求者本人の氏名及び住所等を記載してください。ここに記載された氏名及び住所
あて訂正決定通知等を行うこととなりますので、正確に記入してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、任意代理人若しくは親権者又は成年後見人による利用停止請求の場合には、
その方の氏名、住所等、電話番号を記載してください。

5 本人確認書類

(1) 本人請求又は任意代理人による利用停止請求の場合

確認書類として、次のいずれかを添えてください。

- ① 運転免許証の写し1通
- ② 学生証の写し1通
- ③ 日本国の旅券の写し1通
- ④ 健康保険証の写し1通及び住民票(発行後6ヶ月以内)又は現住所が記載されてい
る公共料金領収書又は請求書の写し1通
- ⑤ 障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかの写し1通
- ⑥ 在留カードの写し1通及び旅券、公共料金領収書又は請求書、米軍IDカード
- ⑦ マイナンバーカードの写し1通

利用停止請求者が受診者等本人以外の場合(任意代理人による利用停止請求)は、保
有個人情報の利用停止請求の範囲等について受診者等本人に対し電話等により説明を
行い、受診者等本人の了解を得た後に、請求の手続きを開始します。

また、任意代理人による利用停止請求の場合は、個人情報の本人に係る上記確認書
類に加え利用停止請求者に係る上記同様の本人確認書類も必要となります。

(2) 親権者又は成年後見人による利用停止請求の場合

次の書類を添えてください。

- ① 個人情報本人の確認書類として、上記(1)①～⑦のいずれか
- ② 親権者又は成年後見人に係る上記同様の本人確認書類
- ③ 親権者又は成年後見人であることを確認する書類として次のいずれか
 - ・ 委任状
 - ・ 戸籍謄本(発行後6ヶ月以内)
 - ・ 成年後見人登記事項証明書(発行後6ヶ月以内)

様式10号

個人情報訂正等決定通知書

年 月 日

様

神戸市中央区楠町3丁目1番12号
一般財団法人順天厚生事業団
理事長 ○○○○ 印

年 月 日付けで請求のあった個人情報の(訂正・利用の停止・
消去・提供の停止)について、当該個人情報を訂正等することと決定しましたので、
次のとおり通知をします。

訂正等請求のあ った個人情報の 件名又は内容	
訂正等をした 内容	
訂正等をした 年月日	年 月 日 ()
所管部署	電話番号
備考	

様式11号

個人情報の訂正等をしない旨の決定通知書

年 月 日

様

神戸市中央区楠町3丁目1番12号

一般財団法人順天厚生事業団

理事長 ○○○○ 印

年 月 日付けで請求のあった個人情報の(訂正・利用の停止・
消去・提供の停止)について、当該個人情報を訂正等しないことと決定しましたの
で、次のとおり通知をします。

訂正等請求のあ った個人情報の 件名又は内容	
訂正等をしない こととした理由	
所管部署	電話番号

健康診断等検査記録の開示等、結果報告の再発行等の手続きについて

健康診断に関する検査記録等ご自身の個人情報の内容をお知りになりたい場合には、当事業団に対して開示請求をすることができます。

開示請求をいただいた場合には、審査を行い、概ね1週間以内を目途に交付等をいたします。ただし、事務処理に時間を要する場合その他正当な理由がある場合は期間を延長することがあります。

ご自身の個人情報の内容が事実でないとお考えの場合には、当事業団に対して個人情報の訂正、追加、削除(以下「訂正等」といいます。)を請求することができます。この場合に、当事業団にて必要な調査を行い、その結果に基づき正確な内容への訂正等を実施いたします。訂正等を行った場合にはその内容を、訂正等を行わない場合にはその理由をお知らせします。

ご自身の個人情報を、当事業団が法令に違反して取得又は利用しているとお考えの場合には、当事業団に対して個人情報の利用停止又は消去(以下「利用停止等」といいます。)を請求することができます。この場合に、当事業団にて必要な調査を行い、違反の事実が確認されれば、法令等に定める範囲内で個人情報の利用停止等を行います。利用停止等を行った場合にはその旨を、利用停止等を行わない場合にはその理由をお知らせいたします。

1 対象とする検査記録等

当事業団において、情報開示等の対象とする検査記録の種類及びその開示媒体、検査記録の要返却・返却不要の区分、検査記録等の保存期間は表1のとおりです。この条件に該当する個人情報については、2に定める請求を受け、表1に定める開示媒体により開示をし、また、訂正等の手続きをいたします。

なお、胸部エックス線写真と胃部エックス線写真については、フィルムで保存している場合とデジタルデータで保存している場合があります。フィルムで保管している検査記録は、事後に当事業団あてご返却いただく必要があります。

また、腹部超音波写真等と乳房超音波写真等については、動画で保存している場合と静止画で保存している場合があります。詳細については、6のお問合せ及び開示等請求先へお問い合わせください。

また、胸部エックス線写真及び胃部エックス線写真のデジタルデータについては、データディスクでお渡しすることを原則としますが、現像写真をご希望の場合は、同じく6のお問合せ及び開示等請求先へお問い合わせください。

表1 開示対象記録等

検査記録の種類	開示媒体	返却	検査記録の保存期間
① 胸部エックス線写真	フィルム	要	5年間
	データディスク又は現像写真	不要	

② 胃部エックス線写真	フィルム	要	5年間
	データディスク又は現像写真	不要	
③ マンモグラフィ写真	データディスク	不要	5年間
④ 心電図	写し	不要	5年間
⑤ 眼底写真	データディスク	不要	5年間
⑥ 腹部超音波写真等	データディスク又は写真	不要	5年間
⑦ 乳房超音波写真等	データディスク又は写真	不要	5年間
⑧ 健康診断結果報告書	原本同様の印刷物	不要	3年間
⑨ 診療録	写し	不要	5年間
⑩ 検査記録の他医療機関への提供処理記録	写し	不要	5年間

注：「検査記録の保存期間」とは、検査日等からの期間です。

2 個人情報に関する開示請求書について

個人情報の開示を請求される場合は、様式1号「個人情報に関する開示請求書」に基づき、当事業団あて申請してください。

様式1号「個人情報に関する開示請求書」は、太枠内をご記入ください。

(1) 請求年月日

この開示請求書を記入された年月日をご記入ください。

(2) 開示を受けようとする健診受診者又は患者

健康診断の受診者又は当クリニック(診療所)の患者の方の氏名、フリガナ、生年月日、所属事業所名称、当該事業所の電話番号をご記入ください。個人で健康診断等を受診された場合は、事業所欄は空欄とし、電話番号はご自宅の電話番号をご記入ください。

(3) 開示を希望する記録等

貸出し・交付を希望する記録に☑のようにチェックをお入れください。受診日は、正確に分からない場合は分かる範囲でご記入ください。受取方法は、送付先への郵送等をご希望されるのか、又は、診療所窓口等での直接受取りを希望されるのか、どちらかに☑のようにチェックをお入れください。

(4) 開示請求者

開示を希望される方の氏名、フリガナ、住所(又は事業所所在地)、電話番号をご記入ください。また、開示請求者が健康診断受診者・患者の本人か、本人以外かのいずれかを○で囲んでください。本人以外の場合は、本人とのご関係をご記入ください。

(5) 本人同意書

健康診断の受診者本人又は患者本人が署名してください。また、署名された年月日をご記入ください。

3 個人情報の訂正・利用停止等について

個人情報の訂正・利用停止等の手続きについては、6のお問合せ及び及び開示等請求窓口へお問合せください。

請求を受けて、訂正・利用停止等を行った場合にはその内容を、訂正・利用停止等を行わなかった場合にはその理由をお知らせいたします。

4 開示請求に係る本人確認書類等について

(1) 本人請求又は任意代理人による開示請求の場合

健康診断の受診者又は患者本人の確認書類として、次のいずれかを開示請求書に添付してください。

- ① 運転免許証の写し1通
- ② 学生証の写し1通
- ③ 日本国の旅券の写し1通
- ④ 健康保険証の写し1通及び住民票(発行後6ヶ月以内)又は現住所が記載されている公共料金領収書又は請求書の写し1通
- ⑤ 障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかの写し1通
- ⑥ 在留カードの写し1通及び旅券、公共料金領収書又は請求書、米軍IDカードのいずれかの写し1通
- ⑦ マイナンバーカードの写し1通

開示請求者が受診者等本人以外の場合(任意代理人による請求)には、原則として、保有個人情報の開示請求があったこと、その範囲、開示形態等について受診者等ご本人に対し説明を行い、その了解が得られた後に、請求者に対し開示を行うこととします。

また、任意代理人による開示請求は、開示請求者の上記同様の本人確認書類も必要です。

(2) 親権者又は成年後見人による開示請求の場合

親権者又は成年後見人による請求の場合は、次の書類を開示請求書に添付してください。

- ① 健康診断受診者等に関する上記(1)①から⑦のいずれかの本人確認書類
- ② 代理人本人の上記同様の本人確認資料
- ③ 親権者又は成年後見人であることを確認する書類として次のいずれか。
 - ・ 委任状
 - ・ 戸籍謄本(発行後6ヶ月以内)
 - ・ 成年後見人登記事項証明書(発行後6ヶ月以内)

5 開示請求に係る事務手数料について

窓口で受取られる場合は、事務手数料のみ必要ですが、郵送での受取りを希望される場合は、事務手数料に郵送料を加えた金額が必要となります。開示に係る事務手数料及び郵送料は、表2のとおりです。同一種別又は異なる種別で検査記録を複数回数分請求される場合の郵送料も同一宛先への場合は5回分(5件分)までは420円です。

手数料等は、窓口でお支払いいただく場合は現金により、郵送等により開示請求される場合は郵便切手により請求時にお支払いください。

郵便切手にてお支払いの場合に、420 円は 84 円切手 5 枚にてお支払いください。

なお、請求後に開示請求の取消しの申し出をされた場合においても、一旦お支払いいただいた手数料は返還できませんので、ご承知ください。

表 2 開示事務手数料(1 回分当たり、税込)

種別	金額(円・税込)	
	手数料	郵送で受取られる場合の郵送料
胸部エックス線写真貸出し	420	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> + 420 郵送での受取りを希望される場合は、左欄の手数料に郵送料 420 円を加えてください。 </div>
胸部エックス線写真デジタルデータ又は現像写真	420	
胃部エックス線写真貸出し	420	
胃部エックス線写真デジタルデータ又は現像写真	420	
マンモグラフィ写真デジタルデータ	420	
心電図写し	420	
眼底写真デジタルデータ	420	
腹部超音波写真デジタルデータ又は写真	420	
乳房超音波写真デジタルデータ又は写真	420	
健康診断結果報告書	420	
診療録写し	420	
検査記録の他医療機関への提供処理記録	420	

6 お問合わせ及び開示等請求先

お問合わせや開示等請求書ほか添付資料の送付は、次の当事業団個人情報開示等請求担当あてをお願いします。

〒650-0017

神戸市中央区楠町三丁目 1 番 12 号

一般財団法人順天厚生事業団 業務課 (電話 078-341-7114)

7 開示請求に係る事務処理日数

開示請求を受理してから検査記録等をお渡しするまでに概ね 1 週間の期間を要します。郵送を希望される場合は、これに郵送期間が加わりますので、この期間を見込んでの開示請求をお願いします。

8 検査記録等のお渡し

窓口交付を希望される場合は、検査記録等は窓口で手交いたします。

また、郵送を希望される場合は、書類・ディスク等は「レターパックライト」で、また、フィルム・現像写真については定型外郵便で郵送いたします。

9 貸出した検査記録の返却について

デジタルデータではなく、フィルムで保管しておりますエックス線写真については、これの貸出し時に、「様式 5 号 当診療所が保有する個人情報の開示について(エックス線フィルムの貸出について)」をお渡ししています。

エックス線フィルム等は使用目的が終了次第、当事業団あてご返却ください。返却は当事業団あてご持参いただくか、郵送等により送付いただきます。その場合の送料は開示請求者でご負担ください。

なお、この場合には、「様式 6 号 個人情報開示請求に係るエックス線フィルム借受証」を当事業団あてご提出いただいておりますので、回収を確認後にこの書類はご返却いたします。

10 個人情報の取扱い

開示等請求に伴い当事業団が取得した個人情報は、請求者等の本人確認及び回答等開示等事務に必要な範囲内でのみ利用いたします。

11 実施

この取扱いは、令和 4 年 10 月 1 日から適用します。

一般財団法人順天厚生事業団
〒650-0017 神戸市中央区楠町三丁目 1 番 12 号
電話：078-341-7114