

健康診断等検査記録の開示、結果報告の再発行等の手続きについて

1 対象とする検査記録等

当事業団において、情報開示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、5の開示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5の開示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 |

注：「検査記録の保存期間」とは、検査日からの期間です。

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 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

また、開示請求者が本人以外の場合(任意代理人による請求)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)

4 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 | + 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。 |
| 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 | |

5 お問合わせ及び開示請求先

お問合わせや開示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）

6 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。

7 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。

8 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。

9 個人情報の取扱い

開示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事務に必要な範囲内でのみ利用いたします。

10 実施

この取扱いは、令和1年12月3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