

医療機関等の保有する主な個人情報について

○医療機関等の保有する主な個人情報

事業者	保有する個人情報の例
病院・診療所	<p>診療録（別紙1）、処方せん（別紙2）、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約、レセプト（別紙3）、助産録</p> <p>※診療録の記載事項：①診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢、②病名及び主要症状、③治療方法（処方及び処置）、④診療の年月日（医師法施行規則第23条）</p>
助産所	助産録
薬局	処方せん、調剤録
訪問看護ステーション	訪問看護指示書（別紙4）、訪問看護計画書

○介護保険事業者の保有する医療に関わる個人情報

事業者	保有する個人情報の例 (※サービスによって異なる)
居宅サービス事業者 (訪問看護事業者等)	<p>(訪問看護事業者の例)</p> <p>居宅サービス計画、主治医の指示書、訪問看護計画書、訪問看護報告書、入所者の健康手帳に係る情報、レセプト（別紙5）</p>
介護保険施設（介護老人福祉施設等）	<p>(介護老人福祉施設の例)</p> <p>施設サービス計画、入所者の健康手帳に係る情報、レセプト（別紙6）</p>
居宅介護支援事業者	<p>居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録、居宅サービス計画、サービス担当者会議等の記録、レセプト（別紙7）</p>

## 診 療 録

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者手帳 記号・番号			
受診者	氏名			有効期限 平成 年 月 日			
	生年月日		明大昭平 年 月 日生 男・女	被保険者氏名			
	住 所		電話 局 番	資格取得 昭和 平成 年 月 日			
	職 業		被保険者との続柄	所在地 電話 局 番			
				所在地 電話 局 番			
傷 病 名		職務	開 始	終 了	転 帰	期間満了予定日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
傷 病 名		労務不能に関する意見			入院期間		
		意見書に記入した労務不能期間		意見書交付			
		自至 月 日 日間	年 月 日		自至 月 日 日間		
		自至 月 日 日間	年 月 日		自至 月 日 日間		
		自至 月 日 日間	年 月 日		自至 月 日 日間		
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備考	公費負担者番号						
	公費負担医療の受給者番号						

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等



# 処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号										保険者番号							
公費負担医療の受給者番号										被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	●						

患者	氏名						保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	明大昭平	年	月	日	男・女	電話番号				
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 <span style="float: right;">㊟</span>							
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	

処方											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調剤済年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 <span style="float: right;">㊟</span>					公費負担医療の受給者番号								

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番とすること。  
 3. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

別紙 3

診療報酬明細書  
(医科入院)

都道府 医療機関コード  
県番号

平成 年 月 分

1	1 社・国	3 老人	1 単	1 本	7 高入9
2	2 公費	4 退職	2 2 3	3 3 5	9 高入8
3					

市町村番号		老人医療者の番号	
公費負担番号①		公費負担者の番号①	
公費負担番号②		公費負担者の番号②	

保険者番号		10 9 8 7 ( )
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		

区分	精神	結核	特例	老人	重点	療養	複合	複原	特記事項
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生								
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害								

保険医療機関の所在地及び名称

母病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	治ゆ	死亡	中止	保険公費負担日数	日
-----	-------------------	-------	-------------------------------------	----	----	----	----------	---

① 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
② 指導				
③ 在宅				
④ 投薬	① 内服	錠		
	② 外用	錠		
	③ 調剤	日		
	④ 麻酔	日		
	⑤ 調剤	日		
⑤ 注射	① 皮下筋肉内	回		
	② 静脈内	回		
	③ その他	回		
⑥ 処置	薬 剤	回		
⑦ 手術	薬 剤	回		
⑧ 検査	薬 剤	回		
⑨ 画像診断	薬 剤	回		
⑩ その他	薬 剤	回		

入院	入院年月日	年 月 日	
	病 診	⑨ 入院基本料・加算	点
		×	点
		×	点
		×	点
	⑩ 特定入院料・その他		点

※高額療養費	円	※公費負担点数	点
⑨ 基準	円 ×	※公費負担点数	点
食	円 ×		
事	円 ×		

請求	点	※	決定	点	負担金額	円	日	請求	円	※	決定	円	(標準負担額)	円
減額	点	※	決定	点	減額	円	日		円	※	決定	円		円
公費①	点	※	決定	点	公費①	円	日		円	※	決定	円		円
公費②	点	※	決定	点	公費②	円	日		円	※	決定	円		円

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)					
患者住所	電話 ( ) -					
主たる傷病名						
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状 態					
	投与中の 薬剤の用 量・用法	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	
	日常生活 自立度	寝たきり度	J	A	B	C
		痴呆の状況	I	II	III	IV M
	要介護認定の状況	要支援	要介護 (1	2	3	4 5)
装着・使 用医療機 器等	1. 自動腹膜灌流装置	2. 透析液供給装置	3. 酸素療法 ( /min)			
	4. 吸引器	5. 中心静脈栄養	6. 輸液ポンプ			
	7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: チューブサイズ	, _____		日に1回交換)		
	8. 留置カテーテル (サイズ	, _____		日に1回交換)		
	9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定	)				
	10. 気管カニューレ (サイズ	) _____		11. ドレーン (部位: _____)		
	12. 人工肛門	13. 人工膀胱	14. その他 ( _____ )			
留意事項及び指示事項						
I 療養生活指導上の留意事項						
II 1. リハビリテーション						
2. 褥瘡の処置等						
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理						
4. その他						
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)						
緊急時の連絡先 不在時の対応法						
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点, 薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい)						
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有: 指定訪問看護ステーション名 _____ )						

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿

居宅サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与)

公費負担者番号		平成		年		月		分
公費受給者番号		保険者番号						

被保険者	被保険者番号							
	(フリガナ)							
	氏名							
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	性別	1.男 2.女				
	要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5						
認定有効期間	平成		年		月		日	から
	平成		年		月		日	まで

請求事業者	事業所番号							
	事業所名称							
	所在地	〒		-				
	連絡先	電話番号						

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成		2. 被保険者自己作成	
	事業所番号		事業所名称	

開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日	中止理由	1.非該当 2.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他
-------	----	--	---	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---	--	---	------	---------------------------------------

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要	

請求額集計欄	①サービス種類コード								
	②名称								
	③サービス実日数	日		日		日		日	
	④計画単位数								
	⑤限度額管理対象単位数								
	⑥限度額管理対象外単位数							給付率 (/100)	
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥							保険	
	⑧公費分単位数							公費	
	⑨単位数単価		円/単位		円/単位		円/単位	円/単位	合計
	⑩保険請求額								
	⑪利用者負担額								
	⑫公費請求額								
	⑬公費分本人負担								

枚中 枚目



施設サービス等介護給付費明細書  
(介護老人福祉施設)

別紙 6

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号								
	(フリガナ)								
	氏名								
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女		
	要介護状態区分	要支援等・1・2・3・4・5			旧措置入所者特例	1. 無	2. 有		
認定有効期間	平成		年		月		日	から	
	平成		年		月		日	まで	

請求事業者	事業所番号								
	事業所名称								
	所在地	〒							
	連絡先	電話番号							

入所年月日	平成		年		月		日	退所年月日	平成		年		月		日	入所実日数	外泊日数	
退所後の状況		1. 居宅 2. 介護保険施設 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他																

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分		公費分	
	①単位数合計				
	②単位数単価		円/単位	/	
	③給付率		/100		/100
	④請求額 (円)				
⑤利用者負担額 (円)					

食事費用欄	サービス内容	サービスコード	単価	日数	金額	標準負担額	
						日額	
						月額	
							食事提供費請求額
						保険分	
						公費分	
	延べ日数	公費日数		合計			

枚中 枚目

