

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく、
請求いたします。

開示を受け ようとする 患者様	フリガナ	
	患者様氏名	
	診察券番号	
	住 所	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
開示を希望 する記録等 (該当するものを ○で囲む)	1. 診療記録のすべて 2. 診療録 (カルテ) 3. 検査記録・検査成績表 4. エックス線写真 5. 画像: CT・MRI・エコー 6. 看護記録 7. 8.	診察日・部位等

開示請求者 氏 名 _____
患者様との関係 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

《本人同意書》

私は、上記の通り (請求者) _____ に対して貴院が保有する私の診療
記録等が開示されることに同意いたします。

患者様本人(自署) _____

受 付	院 長	担当医		開示実施	費用徴収