

個人情報に関する開示請求書

令和 年 月 日

医療法人社団弘人会中田病院 中田 代助殿

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	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住 所		
	電話番号		
	生年月日		
開示を希望する記録等 (該当するものを ○で囲む)		診察日・部位等	
	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 画像		
	5 看護記録		
	6 リハビリ記録		
	7		
8			

開示請求者 氏 名 _____ ⑩
 患者との関係 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____

(本人同意書)

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

患者本人 (自署) _____ ⑩

受付	院長	医長	担当医		開示実施	費用徴収