

見本

個人情報に関する開示請求書

記入

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) ナカダ	(名) ヒョウイン
	患者氏名	中田	病院
	診察券番号	●●●●●●	
	住所	埼玉県加須市元町6番8号	
	電話番号	090-1234-5678	
	生年月日	西暦/和暦○年○月○日	
開示を希望する記録等 <small>(該当するものを○で囲む)</small>			診察日・部位等
	1	診療記録のすべて	令和○年○月○日 以降 整形外科診察日のみ
	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			

開示を受けようとする患者様のお名前を記入して下さい。

開示希望書類の番号に○を付けて下さい。また、診療科・日付指定がある場合は、右側の診察日・部位等の箇所に記入して下さい。

開示請求者 氏名 (印)

患者との関係

住所

電話番号

開示請求者の氏名を記入(自署)し、押印してください。患者との関係以下は、請求する方がご本人でない場合、記入して下さい。

(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)

開示請求する方が患者様ご本人でない場合、この欄にご本人の記入押印が必要です。別紙にて同意書がある場合は、同意書の添付に代えることができます。 (印)

受付	院長	医長	担当医	開示実施	費用徴収
記入不要です。					