

個人情報に関する開示請求書

_____年 ____月 ____日

神野病院院長 日高 康博 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	ふりがな	
	患者氏名	
	診察券番号	
	住所・電話番号	TEL
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日生
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. イメージ (X-P・CT・MRI・I ⁻)	
	5. 看護記録	
	6.	
	7.	
8.		

開示請求者 氏 名 _____

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記録等が開示されることに同意します。

患者本人 (自署) _____ Ⓜ

理事長	院長	担当医	主任	受付者	開示実施	費用徴収
						円