

## 個人情報に関する開示請求書

平成 年 月 日

(医療機関名) 医療法人 三愛会 君塚病院 院長殿

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	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住 所		
	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		
	4 エックス線写真		
	5 画像 : CT・MRI・エコー		
	6 看護記録		
	7		
8			

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、上記のとおり、(請求者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院が保有する私の診療記録が開示されることに同意いたします。

患者様本人(自署) \_\_\_\_\_ (印)

受 付	院 長	事務長	担当医		開示実施	費用徴収
(印)	(印)	(印)	(印)			