

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	T・S・H・R 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. レントゲン (X-P・CT・MRI・エコー)	
	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します。

患者本人 (自署) _____ ㊟

院長	担当医	主任	受付者	開示実施	費用徴収
					円