

個人情報に関する開示請求書

令和 年 月 日

医療法人社団三秀会 青梅三慶病院 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 患者様氏名	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	住所		
	生年月日	<small>1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成</small>	年
開示を希望する記録等			備考
	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. エックス線写真		
	5. 画像:CT・エコー		
	6. 看護記録		
	7. リハビリテーションカルテ		
	8. 栄養記録		
	9. その他()		

開示する方法	閲覧 ・ コピー(白黒) ・ コピー(カラー) ・ CD-R
--------	--------------------------------

開示請求者

本人確認(顔写真入りの物) <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他	氏名
	患者との関係
	住所
	電話番号

申請事由	
------	--

(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いたします。

患者本人(自署)

受付	事務長	院長	担当医師	個人情報保護委員会	
				開示実施	開示可否