

個人情報に関する開示請求書

北水会記念病院 病院長 殿

年 月 日

私は、貴院が保有する個人情報の開示を以下のとおり請求します。

開示を希望する患者	フリガナ		
	氏名	(姓)	(名)
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生
	性別	男	女
	住所		
	連絡先電話番号		
	診察券番号		
開示を希望する記録 (該当する番号に○)	1. 診療記録 (以下2から8までの記録) 2. 診療録 (医師記録) 3. 看護記録 4. 手術記録 5. 検査結果報告書 6. 画像検査 (エックス線・CT・MRI・超音波) 7. 処方箋 8. その他の医療従事者記録		
開示を希望する目的			
開示を受ける方法 (該当する番号に○)	1. 閲覧のみ	2. 口頭による説明	3. 写しの交付
開示希望期間 (該当する番号に○)	1. 全て	2. 期間限定 (入外問わず)	年 月 日 から 年 月 日 まで

注) 他院から当院へ提供された情報の開示は行っておりません。

請求者 氏名 印

(自署) 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生

住所

連絡先電話番号

以下は当院記入欄につき記入不要です

請求資格	必要書類	請求資格	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> ①患者本人	請求者の身分証明書 (運転免許証・健康保険証・パスポート)		●	●	●	●	●
<input type="checkbox"/> ②法定代理人 (患者が成人で合理的判断ができない)	戸籍謄本もしくは 戸籍謄本の附表及び住民票			●	●		●
<input type="checkbox"/> ③患者から開示の代理権を与えられた親族	本人同意書				●	●	
<input type="checkbox"/> ④診療契約に関する代理権が付与されている任意後见人	公正証書					●	
<input type="checkbox"/> ⑤ご遺族 (配偶者・子・父母およびこれに準ずるもの)							