

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

(医療機関名) 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・検査成績表 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	副院長	担当医		開示実施	費用徴収
印	印	印	印			