

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人社団 永生会 永生病院 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)	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 _____
 患者との関係 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____

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等
 が開示されることに同意いたします。

患者様本人 (自署) _____

受付	院長	診療部長	担当医		実施者	可否