個人情報に関する開示請求書

社会医療法人　三栄会

ツカザキ病院　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	ﾌﾘｶﾞﾅ		※患者番号
	患者氏名		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生	
	住　　所	〒	

開示を希望する診療記録等(該当するものを○で囲んでください。)複写の場合は費用がかかります。		内　容	診察日・部位等	複写	閲覧	口頭説明
	1	診療記録のすべて				
	2	診療録(カルテ)				
	3	看護記録				
	4	検査記録・検査成績表				
	5	エックス線写真				
	6	CT・MRI・エコー				
	(その他)					

※印箇所の記入は必要ありません。　　年　　月　　日

開示請求者　氏　　名：

患者との関係：

住　　所：

電 話 番 号：

(住所・電話番号は申請者が本人の場合は記入不要)

(本人同意書)

年　　月　　日

私は、下記の通り、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　筆)：

院長	事務部長	看護部長	主治医	医事課長	診療情報管理課長	開示実施