

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	フリガナ					※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。 令和 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)

令和 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	診療情報管理課長	開示実施	費用徴収