

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人社団三成会河北前田病院

院 長 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

| | | |
|----------------------------------------|--------------|---------|
| 開示を希望する 患者氏名等 | フリガナ 患者氏名 | |
| | ID 番号 | |
| | 住 所 | |
| | 生年月日 | |
| 開示を希望する 記録等 (該当するものの 番号を○で囲む) | | 診察日・部位等 |
| | 1 診療記録の全て | |
| | 2 診療録 | |
| | 3 検査記録、検査成績表 | |
| | 4 エックス線写真 | |
| | 5 看護記録 | |
| | 6 | |
| 7 | | |

請求者 氏 名 _____ (印)

(自署) 患者との関係 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

* 請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出下さい。

* 請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要がありません。

| 院長 | 担当医 | 受付 | (確認) | 開示実施 | 費用徴収 |
|----|-----|----|------|------|------|
| | | | | | |