

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