

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人 咸宜会

院長 祇園 智信 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	(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)			診察日・部位等
	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. X線写真 5. 画像：CT、MRI、エコー 6. 7.		
開示請求の理由			

開示請求者 氏 名 印

患者との関係

住 所

電 話 番 号

(同 意 書)

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。

患者本人(自筆)

開示実施	主治医	診療情報	院長
可			
不可			

注)

- 身分証明書等をお持ちでなく、請求者の身分確認ができない場合は、受付できません。
- 代理人へ開示を行う場合、事前に患者本人へ開示を行う旨の説明をしますので、必ず本人の了解を得たうえ、請求して下さい。
- 開示手数料(3,300円)は請求受付時にお支払い頂きます。複写を希望される場合は別途複写お渡し時にお支払い頂きます。

個人情報に関する開示請求書

記入例

令和 ○年 ○月 ○日

医療法人 咸宜会

院長 祇園 智信 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。

開示を希望する患者さんの情報をご記入ください 開示を希望する患者	フリガナ	(姓) ヒタ	(名) イチロウ
	氏名	日田	一郎
	診察券番号	999999	
	住所	大分県日田市○○町○丁目○番○号	
	生年月日	昭和 40年 5月 5日	
開示を希望する記録等 (該当するものを○で囲む)	診察日・部位等		2018年1月1日～2019年3月31日
	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. X線写真 ⑤ 画像：CT、MRI、エコー 6. 7.		
開示請求の理由			

開示請求者 氏名 日田 花子 印
患者との関係 妻
住所 大分県日田市○○町○丁目○番○号
電話番号 0973-23-****

申請者の方の情報を記入の上、捺印(シャチハタ不可)をお願いいたします

(同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) 日田 花子 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) 日田 一郎

この線から下は記入不要です

開示実施	主治医	診療情報	院長
可			
不可			

注)

- 身分証明書等をお持ちでなく、請求者の身分確認ができない場合は、受付できません。
- 代理人へ開示を行う場合、事前に患者本人へ開示を行う旨の説明をしますので、必ず本人の了解を得たうえ、請求して下さい。
- 開示手数料(3,300円)は請求受付時にお支払い頂きます。複写を希望される場合は別途複写お渡し時にお支払い頂きます。