

見本

書式 5 開示請求書

個人情報に関する開示請求書

不知火病院 院長殿

年 月 日

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)	1 診療記録のすべて		診察日・部位等
	2 診療録(カルテ)		
	3 検査記録・検査成績表		
	4 エックス線写真		
	5 画像：CT, MRI, エコー		
	6 看護記録		
	7		
	8		

開示請求者 氏 名 _____
患者との関係 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

(本人同意書)

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(自署)

受付	院長	医長	担当医		開示実施	費用徴収

赤丸枠内は
全て記入し
て下さい。
開示を希望
される内容
については、
番号を○で
囲んでくだ
さい。
希望される
期間がある
場合は、○
年○月○日
～○年○月
○日までと
ご記入くだ
さい。

こちらの枠
内につい
ては、本人
以外の方
が開示を
希望され
ている場
合のみ、ご
記入くだ
さい。