

個人情報に関する開示請求書

医療法人 笠寺病院長殿

私は、貴院が保有する個人情報を開示していただきたく、請求します。

開示を受けようとする患者	フリガナ				
	患者氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	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○で囲んで下さい) 複写の場合は費用がかかります。	内 容	内 容	複写	閲覧	貸出
	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・エコー		/		
7.					

平成 年 月 日

開示請求者

氏 名

患者との関係

住 所

電 話 番 号

(本人同意書)

平成 年 月 日

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）

受付年月日	院 長	担当医	事務長	師 長	
年 月 日					