

個人情報に関する開示請求書

平成 年 月 日

医療法人 聖授会 院長 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者 (氏名変更があった場合は、受診当時の氏名) | フリガナ | (姓) | (名) |
| | 受診者(患者)氏名 | | |
| | 住所 | 〒 - | |
| | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| 開示を希望する記録等 (該当するものを○で囲む) | 1. 診療録 (健診 ・ その他) 請求する期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 部位等 |
| | 2. その他 () | | |

開示請求者 氏 名 : _____ (印)

受診者との関係 : _____

住 所 : _____

電 話 番 号 : _____

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者氏名) _____ 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。

受診者本人 (自署) _____ (印)

| 受付日 | 院 長 | 事務局長 | 事 務 長 | | 受 診 者 I D | 開示実施日 | 費用徴収日 |
|-----|-----|------|-------|--|-----------|-------|-------|
| / | | | | | | / | / |