

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人社団永生会 南多摩病院
院長 益子 邦洋 殿

私は、医療法人社団永生会 南多摩病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様	フリガナ	(姓)	(名)
	患者様氏名		
	診察券ID		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		
希望開示方法			
開示を希望する記録等 (該当するものを○で囲む)		記録等	診察日・部位等
	<input type="checkbox"/>	診療記録のすべて	
	<input type="checkbox"/>	診療録 (カルテ)	
	<input type="checkbox"/>	検査記録・検査成績表	
	<input type="checkbox"/>	エックス線写真	
	<input type="checkbox"/>	画像：CT、MRI、エコー	
	<input type="checkbox"/>	看護記録	
	<input type="checkbox"/>		

開示請求者

請求者 (自署)

印

※ 請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出ください。

代理人住所

連絡先電話

本人との関係

(本人同意書)

(請求者)

私は、下記の通り _____ に対して、医療法人社団永生会南多摩病院が保有する、私の診療録等が開示されることに同意いたします。

患者様氏名 (自署)

印

受付	医事課	担当医	院長		開示実施日	費用徴収