書式５　開示請求書

# 個人情報に関する開示請求書

平成　　年　　月　　日

(医療機関名)医療法人社団三愛会　君塚病院　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患者様 | 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(該当するものを〇で囲む) | | | 診察日・部位等 |
| | 1 診療記録のすべて<br>2 診療録（カルテ）<br>3 検査記録<br>4 エックス線写真<br>5 画像：ＣＴ・ＭＲＩ・エコー<br>6 看護記録<br>7<br>8 | | |

開示請求者

氏　　名：

患者様との関係：

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が開示されることに同意いたします。

患者様本人(自署)　　㊞

| 受　付 | 院　長 | 事務長 | 担当医 | | 開示実施 | 費用徴収 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ㊞ | ㊞ | ㊞ | ㊞ | | | |