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 2　診療録（カルテ） 3　検査記録 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
㊞	㊞	㊞	㊞			