

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

品川志匠会病院 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。

開示を受ける患者	診察券番号		
	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	生年月日		
	住 所		
開示を希望する 記録等(該当する ものを○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	検査記録表	
	4	画像(XP、CT、MRI)	
	5	看護記録	

開示請求者	氏 名
	患者との関係
	住 所
	電話番号

本人同意書

私は、上記のとおり(請求者) に対して
貴院が保有する私の診療記録の開示に同意いたします。

別紙同意書あり 患者本人(自署) _____ (印)
※別紙同意書ある場合は✓して添付のこと

院 長	MGR	担 当 医	看護部長	医 事 課		開 示 実 施 日	費 用 徴 収