

個人情報に関する開示請求書

令和__年__月__日

かわさき記念病院 院長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名など	フリガナ 患者氏名	
	診察券番号	
	住所	
	生年月日	明治、大正、昭和、平成 年 月 日
開示を希望する 記録など (該当する者の番号を○で囲む)	診察日・部位など	
	1. 診療記録のすべて	
	2. 診療録	
	3. 検査記録・検査結果	
	4. 一般レントゲン写真	
	5. CT等	
	6. 看護記録	
	7. リハビリ記録	
	8.	
	9.	
10.		

請求者（自著）

氏名

患者との関係

住所

電話番号

※請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出してください

※請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要がありません

院長	担当医	受付		開示実施	費用徴収