

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人 健康会

理事長 清水 聡 殿

私は、医療法人健康会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		受診施設	病院・診療所・介護・他
	生年月日	年 月 日	名 称	
	住 所	請求者が患者様本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要はありません		
希望開示方法	閲 覧	写し(コピー)の交付	要約書	
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	
		診療記録のすべて		
		診療録(カルテ)		
		検査記録・検査成績表		
		エックス線写真		
		画像; CT, MRI, エコー		
		看護記録		

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、上記の通り _____ に対して、医療法人健康会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	担当医	理事長		開示実施日	費用徴収