

個人情報開示請求書

医療法人社団 仁鷹会

申込年月日 西暦 年 月 日

たかの橋中央病院長 殿

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。

1 開示を求める個人情報の対象者(患者)

フリガナ お名前			
ご住所			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・西暦	年	月 日生

2 開示の方法

(どちらかを○で囲んでください)

ア 写し(コピー)の交付

イ 閲覧(希望日: 年 月 日 午前・午後)

3 開示を求める個人情報の種類及び範囲

個人情報の種類	ア 診療記録 医師記録・看護記録・検査記録・手術記録 その他 ()
	イ 画像記録 エックス線写真・CT・MRI・その他()
個人情報の範囲	ア 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日分
	イ 診療の開始~診療の終了まで
	ウ その他()

4 開示請求者

フリガナ お名前				(印)
ご住所				
電話番号	— —			
患者との関係	本人・代理人(本人との関係)			

5 本人(患者)同意書

本人(患者)ではない方が個人情報開示請求をする場合は、本人(患者)の同意が必要です。開示請求者が本人(患者)の場合、記載は不要です。

私は、上記のとおり、開示請求者 _____ に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

患者本人(自署) _____ (印)

患者は自署できません。(理由を記載してください: _____)

患者は意識障害、認知障害、死亡の状況にあり、同意が得られません。