

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

(医療機関名)

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	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 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・検査成績表	
	4	エックス線写真	
	5	画像:CT, MRI, I ₁₂₅ -	
	6	看護記録	
	7		
	8		

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等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自署)

受付	院長	医長	担当医		開示実施	費用徴収