

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

(医療機関名) 八木病院 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。

① 請求者情報

請求者住所 〒		電話 () -	
(ふりがな)	請求者氏名	生年月日	年 月 日 (才)
患者との関係 本人・その他 ()			

② 患者情報 (請求者と同じ場合、記入不要)

患者住所 〒		電話 () -	
(ふりがな)	患者氏名	生年月日	年 月 日 (才)
患者本人の状況 死亡 その他 ()			

③ 情報提供の希望内容

情報提供の希望内容	診療記録のすべて・医師記録・看護記録・検査記録・画像すべて エックス線写真・CT・MRI・エコー・退院時要約 (入院のみ)		
診療科等	診療科:	外来 ・ 入院 ・ すべて	
期 間			

④ 本人同意欄 (患者本人が請求者の場合、また、別途同意書がある場合は、記入不要)

【本人同意欄】	
私は、上記のとおり、請求者 _____ に対して、貴院が保有する 私の診療記録が開示されることに同意いたします。	
患者様本人 (自署) _____	

病院使用欄

申請者本人確認方法	①運転免許証 ②運転経歴証明書 ③マイナンバーカード
	④旅券 (パスポート) ⑤身体障害者手帳 ⑥精神障害者保健福祉手帳
	⑦その他 ()
申請者資格確認方法 (本人以外の場合)	①戸籍謄本 ②登記事項証明書 ③その他 ()
	☐ 委任状または上記同意欄

(事務担当者:)