

個人情報に関する開示請求書

令和〇年 〇月 〇日

那 須 南 病 院

病院長 宮 澤 保 春 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、開示していただくよう請求いたします。

記

1 開示を求める患者情報

(ふりがな)	なすみなみ たろう
患者氏名	那須南 太郎
生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
診察券番号	1 2 3 4 5 6 7 8
住 所	栃木県那須烏山市中央3-2-13
電話番号	0287-84-3911

2 開示を希望する記録等（該当に〇印）空欄に診察日、部位等をご記入下さい

<input checked="" type="checkbox"/> ① 診療録（カルテ）	初診から全期間
<input checked="" type="checkbox"/> ② 検査記録・結果表	別紙参照
<input type="checkbox"/> 3 X線写真	
<input type="checkbox"/> 4 CT・MRI・超音波	
<input type="checkbox"/> 5 看護記録	
<input type="checkbox"/> 6 その他	

3 請求者

氏 名 那須南 花子
本人との関係 長女
住 所 栃木県那須烏山市中央3-2-13
電話番号 0287-84-3911

4 本人委任状

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の利用停止請求に関する一切を委任いたします。

本人署名（自署） _____