

書式5 開示請求書

個人情報に関する開示請求書

年 月 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) 患者氏名 | |
| 生年月日 | |
| 診察券番号 | |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |

2 開示を希望する記録等（該当に○印）空欄に診察日、部位等をご記入下さい

| | |
|--------------|--|
| 1 診療録（カルテ） | |
| 2 検査記録・結果表 | |
| 3 X線写真 | |
| 4 CT・MRI・超音波 | |
| 5 看護記録 | |
| 6 その他 | |

3 請求者

氏 名 _____
本人との関係 _____
住 所 _____
電話番号 _____

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） _____