

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

那 須 南 病 院  
病院長 森 成 正 人 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、部位等をご記入ください

1 診療録(カルテ)	
2 検査記録・結果表	
3 X線写真	
4 C T ・ M R I ・ 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  
診療記録等の開示請求に関する一切を委任いたします。

本人署名(自署) \_\_\_\_\_