

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

キラメキテラスヘルスケアホスピタル 院長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示して頂きたい、請求致します。

開示を受けようとする患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	カルテ番号		
	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, エコー	
	6	看護記録	
	7		
8			
開示を希望する理由			

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	管理責任者	担当医		開示実施	費用徴収