

# 個人情報に関する開示申請書

年 月 日

協立記念病院 院長 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示して  
頂きたく、請求いたします

開示を受けようとする 患者	(フリガナ)			
	患者氏名			
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日生 齢・ 疋・ 脚・ 鞆		
希望する記録等 (該当する番号・箇所に ○印を記入して下さい)		診察日・撮影部位等	閲覧	複写
		1. 診療録(医師の経過記録)		
	看護	2. 看護師の経過記録		
		3. 看護記録(検温表)		
	検査	4. 画像検査結果		
		5. 検体検査・生理機能検査結果		
	その他	6. その他( )		
		7. 経過記録の全て ※リハビリ、薬剤師等の経過記録を全て含みます		
8. 上記1~7を含めた一切の書類(全て)				
開示・閲覧希望日	第一希望	月 日	午前・午後	
	第二希望	月 日	午前・午後	
	( )特に希望なし			

開示請求者 氏 名

患者との関係

住 所

電話番号 ( )-( )-( )

(注)申請が代理人による場合は、下記の同意書に署名をお願いいたします

但し、患者本人が同意を出来る状態に無いと主治医が判断する場合、患者本人の同意は不要とします

### ( 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)

キーパーソン(自署)

(当院使用欄)

事務長	院長	主治医	実施記録	費用	管理課
/ /	/ /	・開示 ・非開示 ・保留	・同意 ・不同意	/ /	・要 ・不要