

個人情報に関する開示申請書

年 月 日

千里中央病院 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い、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		
開示を希望する記録等 (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(カルテ)の全て			
	2. 医師の経過記録			
	3. 看護記録			
	4. リハビリテーション記録			
	5. 検査結果			
	6. エックス線写真			
7. CT・MRI画像				
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、下記同意書に患者ご本人の署名をお願いいたします。

但し、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、下記同意は不要とします。

(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)

(当院使用欄)

受付	院長	主治医	看護部長	事務部長	実施記録
/ /	/ /	/ /	/ / 確認	/ / 確認	/ / 実施
	<ul style="list-style-type: none"> ・開示 ・非開示 ・保留 	<ul style="list-style-type: none"> ・同意 ・不同意 			