

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人財団 県南病院 理事長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求いたします。

開示を受けようとする患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日		
開示を希望する記録等 (該当する項目に をつけてください)			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	理事長	医院長	担当医		開示実施	費用徴収