

書式 2-1

開示請求申請書 <個人情報>

年 月 日

善衆会病院 病院長 宛

私は、善衆会病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。
また、発生した費用については遅延無くお支払いいたします。

| | |
|---------------------------|--|
| 開示を受けようとする患者様 | |
| ふりがな | 診察券番号 |
| 氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| 住所 | |
| 開示を希望する記録など | 閲覧(希望日時 月 日 時頃) ・ コピー |
| 診察日 ・ 部位 (必要な期間を記入) | 記録類など (必要な記録類を○で囲む) |
| 年 月 日から 年 月 日まで 部位: | 1 診療記録のすべて 2 診療録(カルテ) 3 検査記録 4 レントゲン写真 5 MRI・CT 6 看護記録 7 |

開示請求者

患者様との関係

住所

電話番号

書式 2-2

本人同意書(請求者が患者様本人以外の場合に必要)

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。

患者様本人(自署)

請求番号 第 号