

診療情報等に関する開示請求書

年 月 日

(医療機関名) けいゆう病院 院長 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求します。

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	明・大・昭・平・令	年
開示を希望する記録等 (該当するものを○で囲む)	内 容		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) _____

院 長	事務局長	担当医	医事課長	取扱者	訂正実施	訂正可否