

個人情報に関する開示請求書

船橋整形外科病院 院長

_____年_____月_____日

船橋整形外科クリニック 院長

船橋整形外科西船クリニック 院長

船橋整形外科市川クリニック 院長

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求します。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ 患者氏名
	生年月日	
	住 所	
	連絡先	
開示を希望する 記録等 (○で囲む)	1 診療記録(カルテ) 外来・入院	1) 期間 _____ 2) 部位 _____ 3) 証明内容 ()
	2 画像 _____円	1) 期間 _____ 2) 部位 _____ 3) 提供画像(○で囲む) X線・CT・MRI・その他 4) 記録媒体(○で囲む) フィルム・CD-R

請求者 氏 名 _____

(自署) 患者との関係 _____

住 所 _____

連絡先 _____

※請求者は、本人であることを証明する書類を提出、または提示して下さい。

※請求者が代理人の場合は、資格を有することを証明する書類を提出してください。

※請求者が本人の場合は請求者欄の記入は必要ありません。

事務処理欄						
請求者本人確認 (ID: _____)						
(1) 運転免許証 (2)健康保険証 (3)診察券 (4) 同意書 (5)その他(_____)						
担当医	部長	課長	主任	出力者	受付	費用徴収
/						
確認						