個人情報に関する開示請求書

＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

医療法人社団 紺整会 理事長

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	

		内 容
開示を希望する記録等（〇で囲む）	1 診療記録（カルテ） 外来 ・ 入院 ＿＿＿＿＿＿＿円	1） 期間 ＿＿＿＿＿＿ 2） 部位 ＿＿＿＿＿＿ 3） 証明内容 （ ）
	2 画像（記録媒体：CD-R） ※アップル社製 PC では動作しません ＿＿＿＿＿＿＿円	1） 期間 ＿＿＿＿＿＿ 2） 部位 ＿＿＿＿＿＿ 3） 提供画像(〇で囲む) X 線 ・ CT ・ MRI ・ その他

請求者 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 患者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署） 住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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。

※請求者は、本人であることを証明する書類を提出、または提示してください。

※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。

※出来上がりのご連絡がありましたら、早めの受け取りをお願いいたします。

ご連絡から 6 ヶ月経過してもお受け取りがない場合は、破棄させていただきます。

事務処理欄	患者 ID（ ）
請求者本人（15 歳以上）	ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ ・ 運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他（ ）
法 定 代 理 人 （15 歳未満の者の親権者等）	①ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ ・ 運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他（ ） ②本人同伴（ あり ・ なし ） なし ⇒ 住民票 ・ 戸籍謄本 ・ その他（ ） ※住民票・戸籍謄本は発行から 3 ヶ月以内のもの 確認者： /
任 意 代 理 人	①ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ ・ 運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他（ ） ②委任状又は同意書（発行から 3 ヶ月以内のもの）
法令等に基づく提示	捜査関係事項照会書 ・ 送付嘱託 ・ 弁護士会 ・ その他（ ）

担当医		部長	課長	出力者	受付	費用徴収
/ 確認						