

個人情報に関する開示請求書

_____年 ____月 ____日

医療法人 公仁会 姫路中央病院 院長

金丸 太一 殿

医療法人 公仁会 姫路中央病院附属クリニック 所長

東 靖人 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	ID番号	
	フリガナ 患者氏名	
	住 所	
	生年月日	
開示を希望する 記録等 (該当する ものの番号を ○で囲む。)		診察日・部位等
	1 診療記録のすべて	
	2 診療録	
	3 検査記録・検査成績表	
	4 エックス線写真	
	5 看護記録	
	6	
	7	

請求者（自署）

氏 名

印

患者との関係

住 所

電話番号

* 請求者が患者本人以外の場合は、「代理人確認書」を併せて提出して下さい。

* 請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要がありません。

院長	所長	担当医	受付	確認	開示実施	費用徴収