書式１ 開示請求書

個人情報に関する開示請求書

年　　月　　日

二木・深谷耳鼻咽喉科医院　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、請求いたします。

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		
開示を希望する記録等(該当するものを○で囲む)		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		

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)

受付	院長				開示実施	費用徴収

書式１－１ 開示請求回答書（諾）