

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

城北病院院長殿

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	フリガナ	
	氏名	
	患者番号	
	住所	〒
	生年月日	
開示を希望する 記録等 希望する記録の 番号を○で囲んでく ださい	1 診療録 2 診療記録（看護記録・リハビリ記録等） 3 画像レポート・検査記録 4 エックス線写真（MRI・CT・超音波検査等含む） 5 上記1～4のすべて	
開示を希望する期間	年 月 日～ 年 月 日までのもの	

請求者（自署） 氏名 _____ (印)

患者との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

※請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出してください

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

事務局	受付

請求の可否

- ・ 請求の通り開示することを認める
 - ・ 一部不開示とする
 - ・ 不開示とする
- ① 本人あるいは第三者の生命・身体・財産その他の権利や利益を害するおそれがある
② 当院の業務の適正な実施に著しい障害を及ぼすおそれがある
③ 開示することが法令に違反する

院長	管理責任者