

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。

フリガナ	
患者氏名	(患者番号 _____)
生年月日	_____年 月 日
住所	〒 _____
開示を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
希望する期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日
希望する出力媒体	紙 ・ CD
受け取り方法	窓口 ・ 郵送（郵送費は請求者負担）

開示請求者（自署） 氏名 _____

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

病院確認欄	事務局	受付
<input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 代理人確認書（本人以外） <input type="checkbox"/> 代理人確認書類（本人以外）		
請求の可否		
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