

見本

個人情報に関する開示請求書

○年 ○月 ○日

社会医療法人 恵佑会第2病院
院長 高橋 宏明 殿

私は、下記の通り、診療録等情報の開示を請求いたします。

開示請求をする患者情報	フリガナ	(姓) ケイユウカイ	(名) タロウ
	患者氏名	恵佑会	太郎
	診察券番号	1234567	
	生年月日	明治 / 大正 / 昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月 ○日	
	住 所	〒003-0027 札幌市白石区本通13丁目北7番1号	
開示請求をする診療記録	入院・外来区分	☒ 入院診療録 ☒ 外来診療録	
	請求する期間	☐ 全て 西暦 20XX 年 ○ 月 ○ 日 ~ 西暦 20XX 年 ○ 月 ○ 日 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	
	開示請求内容	☒ 診療記録 ☐ 看護記録 ☒ 検査記録 ☐ 画像記録 (X線 CT MRI PET RI エコー 内視鏡) ※画像記録はCD-RもしくはDVD-Rでのお渡しです。 ☐ その他 ()	
		☐ 記録類はカラー印刷を希望	

どちらも必要な場合は
両方に☑をお願い致します必要な項目に☑を
お願い致します基本は白黒印刷でお渡しして
います。カラーをご希望の際
は☑をお願い致します

請求者 (自筆)	氏 名	恵佑会 花子	印
	住 所	〒003-0027 札幌市白石区本通13丁目北7番1号	
	電話番号	011-863-2111	
	患者との 関係	☐ 本人 ☒ 本人以外 (娘)	

捺印を必ず
お願い致します

【病院使用欄】

確認書類	*本人開示請求の場合は本人確認のみ *身分証明等複写保管 ☐ 本人確認 ☐ 代理人確認 ☐ 委任状 ☐ 戸籍謄本				
開示請求受付	年 月 日	印	診療録等受渡	年 月 日	印

理事長	院長	看護部長	事務部長	医事課長	情報管理担当者	情報管理担当者