

個人情報に関する開示請求書

第三者用

平成 年 月 日

記入日を記載

社会医療法人宏潤会

理事長 宇野 雄祐 殿

私は、社会医療法人宏潤会が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

請求者が記入
(直接受け取る方)

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ 患者氏名	ダイウ タロウ 大同 太郎
	ID番号	No. 9999999 (診察券の番号)
	住所	〒999-9999 愛知県名古屋市南区白水町9番地
	生年月日	明・大・昭・平 00年 00月 00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.診療記録の全て	
	2.診療録	
	③.検査記録・検査成績	2014.5.17 検査結果、2014.6.23 病理結果
	④.エックス線写真	2014.5.17 CT・MRI
	5.看護記録	
	6.	
	7.	1~5に該当無い場合は、6~10へ記入
	8.	
	9.	
10.		

(本紙有効期限平成 年 月 日)※記載の無い場合は無期限とします。

請求者氏名 : ○○生命



(自署) 患者様との関係: _____

住所: 愛知県名古屋市○○区○○町○-○○

○○ビル

電話番号: (999) 999 - 9999

※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はありません。

※様式5号 代理人の確認書

①受付	②担当者	③理事長	④主治医	⑤開示実施
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

備考: (開示内容及び方法)

代理人確認書

平成 年 月 日

社会医療法人宏潤会

理事長 宇野 雄祐 殿

私は、私の個人情報に関する

- 開示請求**
- 訂正・追加・削除請求
- 利用停止請求

(上記のいずれかを○で囲む)

につき、下記の者を代理人と定めたことを認めます。

【代理人】

フリガナ 氏名	○○セイメイ ○○生命、担当者名
患者との関係	
住所	愛知県名古屋市○○区○○町○-○○ ○○○ビル
電話番号	(999) 999 - 9999

請求者が記入
(直接受け取る方)
担当者名は複数記載可

患者様が記入
※患者様の記入が
難しい場合は、
余白へ代筆者名を記入

患者様 氏 名: 大同 太郎 (印)

ID番号: 9999999 (診察券の番号)

住 所:
愛知県名古屋市南区白水町9番地

電話番号: (052) 611 - 6265

理事長	主治医	担当者	受付	確認

【診療情報開示手順】

保険会社(症状照会・診断書の場合)



大同病院ホームページより申請用紙を印刷

※開示請求書・代理人確認書は当院規定の用紙をご使用ください



- ①申請用紙に必要事項を記入。(見本参照)
- ②証明書(免許証等)を用意。

患者様

提出先 (申請用紙の受付窓口)



大同病院 医事課 宛てに郵送



社会医療法人宏潤会 事務局 総務課



開示手続きは社会医療法人宏潤会 事務局 総務課 で担当いたします。

申請用紙の記入漏れや、証明書の不足、開示内容の範囲など
問い合わせさせていただく場合があります。

審査

申請用紙の受理後、開示の可否を審査します。

審査結果連絡

審査の結果をご連絡いたします。

↓ 可：診療情報の写し作成

受取連絡

開示依頼の書類・画像等の作成が出来ましたら
受取連絡をいたします。