

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

記入日を記載

社会医療法人宏潤会
理事長 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。

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・ <u>昭</u> ・平 00年 00月 00日
開示を希望する 記録の種類 ・ 期間等 (該当する ものにレ点)		診察日・部位等
	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録(カルテ)	2008年7月~2009年2月 整形外科 入院・通院分
	<input type="checkbox"/> 検査結果	
	<input type="checkbox"/> 画像(エックス線、CT、MRI等)	
	<input type="checkbox"/> 看護記録	
	<input type="checkbox"/> その他の書類 (同意書、計画書等)	
		上記に該当無い場合は、余白に記入

(本紙有効期限 年 月 日)※記載の無い場合は無期限とします。

請求者氏名 : 大同 花子

印

(自署) 患者様との関係: 母

住所:

愛知県名古屋市南区白水町9番地

電話番号:(052) 611 - 6261

※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。

代理人確認書:顔写真付きの身分証明書、マイナンバーカード、戸籍謄本、住民票等

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。

①受付	②担当者	③主治医	④開示実施
月 日	月 日	月 日	月 日

※様式5号 代理人の確認書

備考:(開示内容及び方法)

代理人確認書

年 月 日

社会医療法人宏潤会
理事長 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。

請求者が記入
(直接受け取る方)

【代理人】

フリガナ 氏名	ダイドウ ハナコ 大同 花子
患者との関係	母
住所	愛知県名古屋市南区白水町 9 番地
電話番号	(052) 611 - 6261

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

代筆 大同 花子

理事長	主治医	担当者	受付	確認