個人情報保護管理規程細目-様式第６号

個人情報に関する開示請求書

　　　　 　 年　 　 月　 　日

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 |  | | |
| ＩＤ番号 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 　　　年　　　　　月　　　　日 | | |
| 開示を希望する記録の種類  （該当するものにレ点） | | | 希望する  開示方法に〇 | 開示希望期間(診察日､入院期間)等 |
| * 診療録 (カルテ) | | | ( 紙 ･ CD-R ) |  |
| □　検査結果 | | | ( 紙 ･ CD-R ) |  |
| * 画像 (ｴｯｸｽ線､CT､MRI等) | | | CD-Rのみ |  |
| □　看護記録 | | | ( 紙 ･ CD-R ) |  |
| □　その他の書類 (同意書、計画書等) | | | ( 紙 ･ CD-R ) |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
| ※開示方法の希望がない場合は、紙で開示させていただきます。  一度請求いただいた後の変更はできかねますのでご注意願います。 | | | | |

　　　（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　：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （自署） 患者様との関係：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　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。

　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理事長 | ④開示実施 |
| 月　　　日 | 月　　　日 | 月　　　日 | 月　　　日 |
|  |  |  |  |
| 備考：（開示内容及び方法） | | | | |