

個人情報に関する開示請求書

第三者用

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	ダイウ タウ	
	患者氏名	大同 太郎	
	診察券番号	9999999	
	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	
開示希望施設	<input type="checkbox"/> 大同病院 <input type="checkbox"/> だいどうクリニック <input type="checkbox"/> 他の当法人施設(
開示を希望する記録 (該当するものにレ点)		希望の開示 方法に○	開示希望期間(診察日、入院期間等)等
<input checked="" type="checkbox"/> 診療録(カルテ)		(紙・CD-R)	2020年7月～2021年2月 整形外科 入院・外来分 <input type="checkbox"/> 最終記録で可
<input type="checkbox"/> 検査結果		(紙・CD-R)	
<input checked="" type="checkbox"/> 画像(エックス線、CT、MRI等)		CD-Rのみ	2020.5.17 CT・MRI
<input type="checkbox"/> 看護記録		(紙・CD-R)	
<input type="checkbox"/> その他の書類(同意書、計画書等)		(紙・CD-R)	
			上に該当無い場合は、余白へ記入
※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ください。			

請求者が記載する
(直接受け取る方)

1枚で当法人の開示ができますので、
開示希望の施設を選択ください。

診療録は当日中のみ
追記・修正できますが、
最終の記録で良い場合は
☒を入れてください。

(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 : 〇〇生命

(自署) 患者様との関係: _____

住 所: 愛知県名古屋市〇〇区〇〇町〇-〇〇

〇〇〇ビル

電話番号: (999) 999 - 9999

※様式5号 代理人の確認書

※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理事長	備考:
月 日	月 日	

代理人確認書

年 月 日

社会医療法人宏潤会
理事長 殿

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)

私は、私の個人情報に関する

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	愛知県名古屋市中区○○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

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。