

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	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・昭和 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 type="checkbox"/> 画像（エックス線、CT、MRI 等）		CD-R のみ	
<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。			

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 : 大同 太郎

印

(自署) 患者様との関係: 本人

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理事長	備考：
月 日	月 日	