

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		
	診察券番号		
	住 所		
	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 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 type="checkbox"/> 診療録（カルテ）		(紙・CD-R)	<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)	
※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理事長	備考：
月 日	月 日	

社会医療法人 宏潤会 大同病院