

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	