

個人情報に関する開示請求書

____年__月__日

社会医療法人財団石心会
川崎幸病院 院長 笹栗 志朗 殿

私は、身分証明書（運転免許証 健康保険証 その他_____
社員証）を添えて、貴院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			
開示を希望する 記録等 (該当するものの 番号を○で囲む)	情報の種類	診察日・部位等	謄写	閲覧
	1 診療記録のすべて			
	2 診療録			
	3 検査記録・検査成績表			
	4 エックス線写真等			
	5 看護記録			
	6 処方箋			
7				
面談・作成	<input type="checkbox"/> 医師による説明 <input type="checkbox"/> 要約書交付			

請求者 氏 _____ 名 _____ ⑩
(自署) 患者との関係 _____
住 _____ 所 _____
電 話 番 号 _____

- * 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がありません
- * 開示する情報は重要な個人情報ですので、取り扱いには充分ご注意ください

院 長	委員長	医 長	担当医	受 付	(確認)	開示実施	費用徴収