

個人情報に関する開示請求書

社会医療法人 天神会 新古賀病院
院 長 林 明宏 殿

(西暦) 年 月 日

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求します。

開示を希望する患者基本情報	フリガナ		
	氏 名		
	患者ID番号		
	住 所	〒 -	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
開示を希望する記録等 (希望する記録にチェックして下さい)	入院・外来区分	☐ 入院診療録 ☐ 外来診療録	
	対象期間	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日	
		(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日	
	希望する内容	☐ 診療録全て(診療録、手術記録、看護記録、検査結果、画像等)	
		☐ 診療録(医師記録) ☐ 医師指示簿	
		☐ 退院時要約(サマリー)のみ	
		☐ 説明・同意書	
		☐ 手術レポート	
		☐ 看護記録	
		☐ 検査結果(検体・生理・病理) ☐ 検査レポート	
		☐ 画像(X線、CT、MRI等) ☐ 読影レポート	
		☐ 診療報酬明細書(レセプト) ☐ 診断書	
☐ その他()			

請求者 (自署)	フリガナ			印
	氏 名			
	続 柄			
	住 所	〒 -		
	電 話 番 号			
	連絡希望時間	時 ~ 時		

※病院処理欄

請求者本人確認欄	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ パスポート ☐ 年金手帳 ☐ 住民票																
	☐ 戸籍謄本 ☐ その他()																
患者本人以外の請求者資格確認欄	☐ 戸籍謄本 ☐ 住民票 ☐ 健康保険証(患者との関係が示せる場合)																
	(法定代理人) ☐ 登記事項証明書 ☐ 審判所謄本 ☐ 審判確定証明書																
同意書(委任状)	☐ 不要 ☐ 同意書(委任状)あり																
<table border="1" style="width:100%;"> <tr> <td>院長</td> <td>個人情報保護対策委員長</td> <td>診療部長</td> <td>担当医</td> <td>担当者</td> <td>承認年月日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(西暦) 年 月 日</td> </tr> </table>						院長	個人情報保護対策委員長	診療部長	担当医	担当者	承認年月日						(西暦) 年 月 日
院長	個人情報保護対策委員長	診療部長	担当医	担当者	承認年月日												
					(西暦) 年 月 日												

2005/4/1作成
2014/11/1改訂
2019/6/10改訂
2019/11/14改訂
社会医療法人 天神会 新古賀病院