個人情報に関する開示請求書

年　　月　　日

社会医療法人　天神会　古賀病院21
院　　長　　宮川　洋介　　殿

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	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
		年　　月　　日 ～　　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		㊞
	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

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
					年　月　日