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 病院長 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
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				
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
2022/4/1改訂