

# 個人情報に関する開示請求書

社会医療法人 天神会 新古賀クリニック 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 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	<input type="checkbox"/> 入院診療録 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 診療録全て(診療録、手術記録、看護記録、検査結果、画像等)		
		<input type="checkbox"/> 診療録(医師記録) <input type="checkbox"/> 医師指示簿		
		<input type="checkbox"/> 退院時要約(サマリー)のみ		
		<input type="checkbox"/> 説明・同意書		
		<input type="checkbox"/> 手術レポート		
		<input type="checkbox"/> 看護記録		
		<input type="checkbox"/> 検査結果(検体・生理・病理) <input type="checkbox"/> 検査レポート		
<input type="checkbox"/> 画像(X線、CT、MRI等) <input type="checkbox"/> 読影レポート				
<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 診断書				
<input type="checkbox"/> 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

請求者確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 弁護士資格証 <input type="checkbox"/> その他( _____ )																
請求者資格確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証(患者との関係が示せる場合) (法定代理人) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 審判所謄本 <input type="checkbox"/> 審判確定証明書																
同意書(委任状)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 同意書(委任状)あり																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">院長</td> <td style="width: 10%; font-size: small;">個人情報保護対策委員長</td> <td style="width: 10%;">診療部長</td> <td style="width: 10%;">担当医</td> <td style="width: 10%;">担当者</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">承認年月日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">(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												

# 個人情報に関する開示請求書

社会医療法人 天神会 新古賀クリニック 院長 殿

(西暦) 2023年 4月 17日

## 記載例

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	コガ タロウ
	氏名	古賀 太郎
	患者ID番号	12345678
	住所	〒 839-0801 福岡県久留米市宮ノ陣3-3-8
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 14年 9月 1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	<input checked="" type="checkbox"/> 入院診療録 <input checked="" type="checkbox"/> 外来診療録
	対象期間	(西暦) 2015年 7月 15日 ~ (西暦) 2016年 12月 31日
		(西暦) 2020年 11月 1日 ~ (西暦) 2021年 10月 31日
	希望する内容	<input type="checkbox"/> 診療録全て(診療録、手術記録、看護記録、検査結果、画像等)
		<input checked="" type="checkbox"/> 診療録(医師記録) <input type="checkbox"/> 医師指示簿
		<input type="checkbox"/> 退院時要約(サマリー)のみ
		<input type="checkbox"/> 説明・同意書
		<input type="checkbox"/> 手術レポート
		<input checked="" type="checkbox"/> 看護記録
		<input checked="" type="checkbox"/> 検査結果(検体・生理・病理) <input checked="" type="checkbox"/> 検査レポート
<input checked="" type="checkbox"/> 画像(X線、CT、MRI等) <input checked="" type="checkbox"/> 読影レポート		
<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 診断書		
<input type="checkbox"/> その他( )		

請求者(自署)	フリガナ	コガ ハナコ	
	氏名	古賀 花子	
	続柄	次女	
	住所	〒 830-8577 福岡県久留米市天神町120	
	電話番号	0942-38-2222	
	連絡希望時間	9時 ~ 16時	

### ※病院処理欄

請求者確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票				
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 弁護士資格証 <input type="checkbox"/> その他( )				
請求者資格確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証(患者との関係が示せる場合)				
	(法定代理人) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 審判所謄本 <input type="checkbox"/> 審判確定証明書				
同意書(委任状)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 同意書(委任状)あり				
院長 <small>個人情報保護対策委員長</small> 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  
2022/8/1改訂  
2023/5/2改訂