

# 個人情報に関する開示請求書

社会医療法人 天神会 古賀病院21 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 日                                                    |
| 開示を希望する記録等<br>(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<br>(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%;"> <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  
2022/8/1改訂  
2023/5/2改訂

社会医療法人 天神会 古賀病院21

# 個人情報に関する開示請求書

社会医療法人 天神会 古賀病院21 病院長 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<br>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<br>(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<br>(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<br>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                                                                                         |      |     |     |            |    |             |      |     |     |       |  |  |  |  |  |            |
| <table><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  
2022/8/1改訂  
2023/5/2改訂