

個人情報に関する開示請求書

社会医療法人 天神会 新古賀リハビリテーション病院みらい
 院長 大坪 義彦 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	<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	~	

※病院処理欄

請求者本人確認欄	<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"/> その他(_____)				
患者本人以外の請求者資格確認欄	<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	個人情報管理委員長	診療部長	担当医	担当者	承認年月日
		/			(西暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日