

# 個人情報に関する開示請求書

年 月 日

かつしか江戸川病院

院長 猪口 孝一 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ 患者氏名	
	ID番号	
	住 所	
	生 年 月	
開示を希望する 記録等 (該当するものの 番号を○で囲む)		対象期間・部位等
	1 診療記録のすべて	
	2 診療録	
	3 検査記録・検査成績表	
	4 エックス線写真	
	5 看護記録	
	6	
7		

請求者

(自 署) 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

患者との関係 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

※請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出して下さい

※請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要がありません

## ※事務局確認欄

院長	担当医	事務長	医事課	(確認)