



FAX 052-751-8178

ご記入のうえ、FAXにてお送りください。

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人蜂友会 はちや整形外科病院長

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求いたします。

ID:		
開示を受けようとする患者	患者氏名	
	住所	.....
	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
開示を希望する記録等 (該当する箇所に☑)	<input type="checkbox"/> レントゲン画像 <input type="checkbox"/> 診療録 (カルテ) <input type="checkbox"/> MRI画像 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) <input type="checkbox"/> CT画像	
開示する目的 (該当する箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 自身の保管のため <input type="checkbox"/> その他 (                      ) <input type="checkbox"/> 他院受診のため	

開示請求者 氏 名 \_\_\_\_\_ 患者との関係 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

本人同意書 (開示請求者が本人の場合は不要)

私は、上記の開示請求者を代理人と定め、貴院が保有する私の診療記録等を開示請求する  
権限を委任いたします。

患者本人 (自署) \_\_\_\_\_