

# 記入方法

## 個人情報に関する開示請求書

①

年 月 日

医療法人蜂友会 はちや整形外科病院長

②

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<br>(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<br>(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  |                                    |

③

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。

④

患者本人 (自署) \_\_\_\_\_

- ① 請求書申請日をご記入ください。
- ② 開示を受けようとする患者さまの情報をご記入ください。開示したい記録と目的は該当する箇所に☑をしてください。
- ③ 開示を請求する方の情報をご記入ください。
- ④ 開示を請求する方が患者さま本人でない場合は、患者さま本人の自署をご記入ください。