

書式 5 開示請求書

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

(医療機関名)

院長殿

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。

開示を受け ようとする 患者	フリガナ (姓) _____ (名) _____
	患者氏名 _____
	診察券番号 _____
	住 所 _____
	生年月日 _____
開示を希望 する記録等 (該当するものを で囲む)	診察日・部位等 _____
	1 診療記録のすべて
	2 診療録(カルテ)
	3 検査記録・検査成績表
	4 エックス線写真
	5 画像：CT, MRI, IC-
	6 看護記録
	7 _____
8 _____	

開示請求者 氏 _____ 名 _____
患者との関係 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、貴院が
保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自署) _____

受付	院長	医長	担当医		開示実施	費用徴収