書式5

個人情報に関する開示請求書

年　　月　　日

琵琶湖養育院病院　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等	フリガナ	(姓)	(名)
	患者等の氏名		
	ID 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, エコー 6. 看護記録 7. その他		

開示請求者

氏　　名

患者等との関係

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個人情報が開示されることに同意いたします。

患者等本人（自筆）

請求対象者が故人の場合

全法定相続人の同意に基づき必要書類を添付し、代表開示請求いたします。

請求者（自筆）　　㊞

院長	事務長	診療部長	医局長	担当医	医事課		開示実施	費用徴収