

## 個人情報に関する開示請求書

年 月 日

社団法人伊勢崎佐波医師会病院長 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. 診察記録のすべて		
	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( )		
	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	副院長	部長	担当医		開示実施	費用徴収