

# 個人情報に関する開示請求書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療法人 福田病院  
院長 福田 弘 殿

開示請求者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
患者との関係 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

貴院が保有する下記の個人情報について、開示を請求いたします。

開示を受けよう とする患者	フリガナ	(姓)	(名)
	氏名		
	住所	(開示請求者と異なる場合のみ記入)	
	生年月日	明・大・昭・平____年____月____日	
開示を希望する 記録等 (該当するものを○で囲む)	記録等の種類		対象期間
	1 診療に関する記録のすべて 2 診療に関する記録の一部 <input type="checkbox"/> 診療録(カルテ) <input type="checkbox"/> 検査記録・検査成績表 <input type="checkbox"/> その他( )	1 保存されている記録のすべて 2. 平成____年____月____日から 平成____年____月____日までの 診療に係る記録	

※患者さまご本人以外の方が開示請求される場合、患者さまの同意が必要です。

## 本人同意書

患者本人 氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記の開示請求者に対し、貴院が保有する私の個人情報が開示されることに同意します。