

### 個人情報に関する開示請求書

平成 年 月 日

特定医療法人 明浩会  
西大宮病院 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。

記

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(全部・一部)	
	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 \_\_\_\_\_  
 患者との関係 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電 話 番 号 \_\_\_\_\_

(本人同意書)

私は、上述のとおり、(請求者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院が保有する私の診療記録が開示されることに同意いたします。

平成 年 月 日 患者本人(自署) \_\_\_\_\_

受付	担当医	院長	費用徴収	[請求者確認] 免・パスポート・( )
				[患者確認] 免・パスポート・( )
				[開示日] 平成 年 月 日