

個人情報に関する開示請求書

平成 17 年 4 月 1 日

医療法人社団野路菊会

みやけ内科・循環器科 院長殿 緑字は基本的に保険会社が記入下さい
患者さんがお書きになられても結構です。

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	姫路	一郎
	診察券番号	12345	
	住所	姫路市大塩町宮前 1	
	生年月日	平成 元 年 4 月 1 日	
開示を希望 する記録簿 (該当するものを ○で囲む)		診察日・部位等	診断書を必要とする理由
	①	診療記録のすべて	診断書を必要とする理由は、必ずご記入下さい。 記入がないと書類は作成できません。
	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		
8			

開示請求者	氏名(法人名)	XXXXXX保険株式会社
	患者との関係	保険契約引受会社
	住所	姫路市大塩町 XXX
	電話番号	0792-54-XXXX

(本人同意書)

私は、上記のとおり、XXXXXX保険株式会社 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。

開示請求対象患者さんの自署をお願いします

患者本人(自署)

姫路 一郎

シヤチハタ以外で押印願
います。

印

受付	院長	開示実施	費用徴収