

個人情報に関する開示請求書

平成 年 月 日

医療法人順風会 天山病院
院長 宇都宮一泰 殿

請求者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示して頂きたく、請求いたします。

請求者の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 相続人等 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 (<input type="checkbox"/> 本人が未成年者)		
開示を受けよう とする患者 (本人以外による 請求の場合記入)	フリガナ		
	患者氏名		
	住 所		
	生年月日		
開示を希望する 記録等	<入院・外来の別> <input type="checkbox"/> 入院 / <input type="checkbox"/> 外来		
	種 類	備 考	
	1 診療記録のすべて 2 診療録 3 検査記録 4 エックス線写真 5 画像：CT, エコー 6 看護記録 7		
	期間： 年 月 日 ~ 年 月 日		
開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 医師による口頭説明		

※ 閲覧及び医師による口頭説明は、原則として1時間以内（費用 5,000 円）とさせていただきます。また、
当院の職員が立会いとして同席致しますので、予めご了承下さい。

(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に関する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) _____ (印)