

# 個人情報開示請求書

西暦 年 月 日

社会医療法人抱生会丸の内病院  
病 院 長 殿

(請求者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり請求します。

開示請求 内容	(1) 診療科・区分	_____ 科 ( 入院 ・ 外来 )
	(2) 期 間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
	(3) 開 示 内 容	1 診療記録のすべて 2 診療録 (カルテ) 3 看護記録 4 画像 (X線・CT・MRI・エコー) 5 検査記録 6 書類関係 7 その他 ( _____ )
開示区分	1 閲覧 ・ 2 謄写 (コピー)	
請求者が患 者本人以外 の場合	患者との続柄	_____
	患者氏名	_____ ( 男 ・ 女 )
	生年月日	_____ 年 月 日 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 _____ 年 月 日生
	患者住所	〒 _____
	電話番号	( _____ ) _____
	患者の状況	1 判断能力不十分 2 未成年者 3 その他 ( _____ )

- 注1) 申請の際には、申請者本人であることを確認するために身分証明書を提出してください。  
※身分証明書とは、運転免許証、パスポート、身体障害者手帳、マイナンバーカード (通知カードは不可) 等、その他公的機関の発行するもので、顔写真・氏名・生年月日の記載がある物  
※上記をお持ちでない場合は健康保険証、年金手帳、介護保険証、会社の身分証明書又は学生証、当院診察券、公的機関が発行した資格証明証のいずれか二つをご用意ください。
- 注2) 本人が来院できない場合は、本人の同意書を提出してください。法定代理人が請求する場合は、注1の書類のほか  
に代理人選任書 (様式任意) を提出してください。

<以下病院使用欄>

診察券番号	_____
請求者本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
受付日・担当者	_____ 年 月 日 医事課担当者: _____
検討会議不要の場合	医事課長: _____ 主治医: _____ 診療録管理委員会委員長: _____
検討会議・可否	_____ 年 月 日 ( 可 ・ 否 )

D-00-39-222