

個人情報に関する開示請求書

国家公務員共済組合連合会
新別府病院 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。

開示を受けようとする患者	フリガナ					患者番号
	患者氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・西暦	年	月	日生	
	住 所	〒				
開示を希望する 診療記録等 (該当するものを○で 囲んで下さい) 複写の場合は費用 がかかります	内 容	診察日・部位等	複写	閲覧	口頭説明	
	1. 診療記録のすべて					
	2. 診療録(カルテ)					
	3. 看護記録					
	4. 検査記録・検査成績表					
	5. エックス線写真					
	6. CT・MRI・エコー					
	7.					
8.						

更新履歴	必要 ・ 不必要
------	----------

令和 年 月 日

開示請求者 氏 名： _____ (印)

患者との
関 係： _____

住 所： _____

電話番号： _____

(住所・電話番号は申請者が本人の場合は記入不要)

(本人同意書)

令和 年 月 日

私は、上記のとおり、請求者 _____ 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。

患者本人
(自筆) : _____ (印)

院 長	副 院 長	事務部長	診療部長	診療部長	看護部長	上級医師	主治医

(備考)

--

担当者記載欄		
	日付	サイン
電話連絡		
請求書送付		
入金確認 (金額)		円
開示実施		
受領確認		