

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

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様

フリガナ	(姓)	(名)
患者氏名	(姓)	(名)
診察券番号		
住所		
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日

開示を希望する記録等 (該当するものを○で囲む)

1 診療記録のすべて	診察日・部位等
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 その他 ()	

開示請求者 氏 名

患者様との関係

住 所

電話番号

(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診療記録が開示されることに同意いたします。

患者様本人 (自著)



受付	院長	担当医		開示実施	費用徴収
印	印	印			