

個人情報に関する開示請求

新横浜リハビリテーション病院 院長殿

_____年__月__日

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

| | | |
|---|---|--------------------------|
| 開示を希望する 患者氏名など | フリガナ 患者氏名 | |
| | 診察券番号 | |
| | 住所 | |
| | 生年月日 | 明治、大正、昭和、平成 _____年__月__日 |
| 開示を希望する 記録など (該当するものの 番号を○で囲 む) | | 診察日・部位など |
| | 1. 診療記録のすべて 2. 診療録 3. 検査記録・検査結果 4. 一般レントゲン写真 5. CT、MRI、エコー、内視鏡 6. 看護記録 7. リハビリ記録 8. 9. 10. | |

請求者(自著) 氏名 _____ (印)

患者との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

* 請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出してください

* 請求者が患者本人である場合は、請求者欄の住所、電話番号は記入する必要がありません

| 院長 | 担当医 | 受付 | | 開示実施 | 費用徴収 |
|----|-----|----|--|------|------|
| | | | | | |