

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人社団にれの杜クリニック
理事長 玉置透 殿

私は、医療法人社団にれの杜クリニック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さん | フリガナ | (姓) | (名) |
| | 患者さん氏名 | | |
| | 診察券番号 | | |
| | 生年月日 | | |
| | 住所 | | |
| 希望開示方法 | ア 開示の実施を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 () <実施の希望日> 平成 年 月 日 (開示可能かどうかを15日以内にお知らせいたします) イ 写しの送付を希望する。 | | |
| 開示を希望する記録等 | 記録等 | 診察日・部位等 | |
| | 1 診療記録のすべて | | |
| | 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 画像:CT・MRI・エコー | | |
| | 6 看護記録 | | |
| | 7 | | |

開示請求者 請求者(自署) _____ (印)

代理人住所 _____

連絡先電話 _____

本人との関係 _____

(本人同意書)

私は、下記の通り(請求者) _____ に対して、医療法人社団にれの杜クリニックが保有する、私の診療録等が開示されることに同意いたします。

患者様氏名(自署) _____ (印)

