

理事長	院長	副院長	開示委員会 (責任者)	カルテ情報 出力者	開示 担当者	受付	開示 実施日	費用徴収
						/	/	

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 checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 () <実施の希望日> 平成 年 月 日 (※開示可否について、申込書を受付した翌日から起算して15日以内に回答いたします) 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 手術記録			

開示請求者 請求者 (自署) _____

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) _____ ⑩

◆本人確認等

ア	開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input checked="" type="checkbox"/> ながた法律事務所 弁護士 伊藤 昌一
イ	請求者本人確認書類(請求者本人の氏名及び現住所の記載のあるもの)			
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他() ※加えて、 <input type="checkbox"/> 住民票の写し(開示請求日以前30日以内に市区町村から交付されたもの)を、 添付してください。			
ウ	本人の状況等(法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。)			
(ア)	本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 成年被後見人	
	(ふりがな)			
(イ)	本人の氏名	_____		
(ウ)	本人の住所又は居所	_____		
エ	法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。			
	請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(未成年者の場合) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書(成年被後見人の場合) <input type="checkbox"/> その他()			