

受付年月日

個人情報に関する開示請求書

_____年 月 日

社会医療法人財団 仁医会
 牧田リハビリテーション病院 院長 殿

個人情報保護法に関する法律に基づき、貴院の保有する下記個人情報開示を請求いたします。

請求者	(住所) 〒	
	(フリガナ)	(電話番号)
	(氏名) ⑩	(携帯電話)
開示対象患者情報		
フリガナ	(姓)	(名)
患者氏名		
ID		
住所		
生年月日	年 月 日	
開示を希望する記録等 (該当するものに☑をしてください。)		
<input type="checkbox"/> 診療記録全般 <input type="checkbox"/> 診療録 (カルテ) <input type="checkbox"/> 看護記録 その他 ()	<input type="checkbox"/> 画像：レントゲン線 <input type="checkbox"/> 画像：CT・MRI <input type="checkbox"/> 検査結果	具体的内容 (日付・部位等) ~ 画像： CD ※撮影条件等によりCDにコピーできない場合がございます。
具体的内容 (日付・部位等) 		

(裏面もご覧下さい)

【注意】

- ※ 請求に際しては、ご自身を確認できる書類等ご準備ください。
 確認書類等参考例：運転免許証、住民票、印鑑証明書、パスポート、マイナンバー等
 保険等の手続きの場合は、社員証を確認させていただきます。
- ※ 完成日のご連絡から3か月経過した依頼については、キャンセル扱いとさせていただきます。
 再依頼の場合は依頼日から1ヶ月程度改めてお時間をいただきます。あらかじめ、ご了承ください。
- ※ 手続きとして、別途手数料をご請求させていただきます。

..... 病院側使用

本人確認資料（該当するものに☑）					
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> マイナンバー	<input type="checkbox"/> その他（ ）
代理人確認資料（該当するものに☑）					
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他（ ）

決済

院長	副院長	委員長	医事部長	主治医	
別 紙 参 照					

諾否等

諾否結果	費用徴収
<input type="checkbox"/> 許諾	
<input type="checkbox"/> 拒否	

担当者: _____