

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) 印	(携帯電話)
開示対象患者情報		
フリガナ	(姓)	(名)
患者氏名		
I D		
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。）		
☐ 診療記録全般	☐ 画像：レントゲン線	具体的内容（日付・部位等） ～ 画像： C D ※撮影条件等によりC Dにコピーできない場合がございます。
☐ 診療録（カルテ）	☐ 画像：C T・M R I	
☐ 看護記録	☐ 検査結果	
その他（ ）		
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☑）	
☐ 運転免許証	☐ 住民票 ☐ 印鑑証明書 ☐ パスポート ☐ マイナンバー ☐ その他（ ）
代理人確認資料（該当するものに☑）	
☐ 運転免許証	☐ 住民票 ☐ 印鑑証明書 ☐ パスポート ☐ 委任状 ☐ 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
☐ 許諾	
☐ 拒否	

担当者：_____

★面談★

開始時間：_____時_____分

終了時間：_____時_____分

30分以内 5,500円

以降30分につき 5,500円