個人情報に関する開示請求書

西暦　　年　　月　　日

財団法人社団三成会
新百合ヶ丘総合病院
院長　笹沼　仁一　殿

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等（代筆可）	フリガナ 患者氏名	
	ID　番号	
	住　　所	
	生年月日	年　　月　　日

	希望資料名	必要期間
開示を希望する項目内容 （複数選択可）	1　診療録　入院・外来 2　採血・超音波記録 3　心電図・病理検査記録 4　画像検査　CT・MRI 5　看護記録（入院） 6　手術記録・麻酔記録	別紙１にて詳細を記載ください。 ※曖昧な表現の場合は漏れる場合があります。

※１患　　者　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（自署）　　ID 番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」を併せて提出して下さい

（※１）請求者が患者本人である場合は記入する必要がありません

理事長	院　長	個人情報保護統括管理責任者	科　長	主治医	事務長	危機管理室	受　付	開示実施費用徴収

別紙１

入院期間　　年　　月　　日　～　年　　月　　日まで
看護記録　　月　　日　～　年　　月　　日まで

外来　　年　　月　　日
外来　　年　　月　　日
外来　　年　　月　　日
外来　　年　　月　　日
外来　　年　　月　　日
外来　　年　　月　　日
外来　　年　　月　　日

検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）
検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）
検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）
検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）
検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）
検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）
検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）
検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）
検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）
検査・画像・手術記録等　　年　　月　　日（検査・画像等の名称　　）