

診療情報等に関する開示請求書

年 月 日

医療機関名 登戸ハナミズキ内科 院長殿

私は貴院が保有する下記の個人情報を開示していただきたく、請求します。

開示を受けようとする患者

患者氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____

診察券番号 _____

開示を希望する記録等（他の医療機関で作成された文書、記録等は対象外です）

- 診療記録のすべて
- 診療録（カルテ）
- 看護記録
- 検査記録、検査成績表
- 画像：X線撮影、エコー検査

開示請求者 氏名 _____

患者との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

本人同意書

私は上記の請求者 _____ に対して、貴院が保有する私に関する診療記録等が開示されることに同意致します。

患者本人（自署） _____