

個人情報開示請求書

申込年月日 年 月 日

医療法人 社団 相川会 理事長殿

貴法人が保有する下記の個人情報の開示につき請求致します。

1 開示を求める個人情報の対象者

フリガナ お名前		カルテ番号（診察券番号）	
ご住所	〒		
生年月日	M・T・S・H	年	月 日生まれ

2 開示を求める個人情報の種類及び範囲

個人情報の種類 (該当するものを全てを○で囲んで下さい)	個人情報の範囲 (該当するものを全てを○で囲み、記入して下さい)
1 診療録（カルテ） 2 処方箋 3 照射録 4 手術記録 5 検査所見 6 画像資料 7 看護記録 8 介護記録 9 居宅サービス計画 10 その他（ ）	左記につき A 年 月 日～ 年 月 B 診療の開始～診療の終了まで

3 開示請求者

お名前	
ご住所	
電話番号	
患者との関係	本人・代理人（本人との関係）
本人確認方法	保険証・免許証・代理人の証明書（複写を添付）

医療機関処理欄

受付	担当医	理事長	開示の可否決定
			（ 可・否 ）