

# 個人情報に関する開示請求書

請求年月日 年 月 日

医療法人友紘会 内田クリニック 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、請求いたします。

|                      |       |         |
|----------------------|-------|---------|
| 開示をう<br>けようと<br>する患者 | ふりがな  | (姓) (名) |
|                      | 患者氏名  |         |
|                      | 診察券番号 |         |
|                      | 住 所   |         |
|                      | 生年月日  |         |

※CD-Rのお受け取りは記入日から1年半後までとさせていただきます。

|                                                         |                                 |           |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|
| 開示を希<br>望する記<br>録等<br><small>(該当するもの<br/>を○で囲む)</small> | 1. 画像デジタルデータ (CD-R)<br>CT ・ MRI | (検査日・部位等) |
|                                                         |                                 | 検査日：      |
|                                                         | 2. その他 ( )                      | 部 位：      |

開示請求者 [ 氏 名 印 ]  
[患者との関係]  
[ 住 所 ]  
[ 電 話 番 号 ]

## (本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して貴院が保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

※開示のキャンセルについて  
開示手数料の返金は致しかねますのでご了承ください。

患者本人 (自署) 印

\*この欄は記入しないでください

|    |    |    |     |       |      |    |
|----|----|----|-----|-------|------|----|
| 受付 | 院長 | 担当 | 処理印 | 開示実施日 | 費用徴収 | 内訳 |
|    |    |    |     |       |      |    |