

## 個人情報に関する開示請求書(見本)

大分県済生会日田病院  
院長 林 田 良 三 殿

\* 患者 ID

—

個人情報の開示を希望する患者氏名等	(フリガナ) 患者氏名	サイセイカイ タロウ 済生会 太郎				
	住 所	大分県日田市大字三和 643 番地の 7				
	生年月日	明 大 昭 平 30 年 1 月 1 日 生まれ				
開示を希望する項目等 (該当するものの番号を○印で囲み、詳細を記入)	診療記録等	1	診療録(カルテ)	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)	閲覧	複写
		2	検査記録、検査報告書等	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		
		3	付随する他の諸記録	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		
		4	画像診断フィルム	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		
	その他					
* 当院使用	請求者・本人確認	1 運転免許証 2 健康保険証 3 パスポート 4 印鑑証明書 5 その他( )				
	請求者・資格確認	1 全部事項証明書(戸籍謄本) 2 登記事項証明書 3 その他( )				

私は、上記のとおり個人情報の開示を請求します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

請 求 者

氏 名 済生会 太郎

患者との関係 本人

住 所 大分県日田市大字三和 643 番地の 7

電 話 番 号 XXX-XXXX-XXXX

## (本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して、貴院が保有する私の個人情報が開示されることを委任します。

患者本人(自署)

注) 1 身分証明書等をお持ちでなく、請求者の身分確認ができない場合は、受け付けできません。  
2 代理人へ開示を行う場合、事前に患者本人へ開示を行う旨の説明をしますので、必ず本人の了解を得たうえ、請求してください。  
3 開示手数料(1,100 円)は請求受付時にお支払いいただきます。複写を希望される場合は開示実施手数料(実費相当額)を複写のお渡し時にお支払いいただきます。

## 個人情報に関する開示請求書(見本)

大分県済生会日田病院  
院長 林 田 良 三 殿

\* 患者 ID

-

個人情報の開示を希望する患者氏名等	(フリガナ) 患者氏名	サイセイカイ タロウ 済生会 太郎				
	住 所	大分県日田市大字三和 643 番地の 7				
	生年月日	明 大 昭 平 令 30 年 1 月 1 日 生まれ				
開示を希望する項目等 (該当するものの番号を○印で囲み、詳細を記入) ※他の医療機関等、第三者から提供された情報・文書等は原則として開示対象外としています	診療記録等	1	診療録(カルテ)	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)	閲覧	複写
		2	検査記録、検査報告書等	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		○
		3	付随する他の諸記録	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		○
		4	画像診断フィルム	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		○
	その他					
* 当院使用	請求者・本人確認	1 運転免許証 2 マイナンバーカード 3 パスポート 4 写真付き住民基本台帳カード 5 その他( )・( )				
	請求者・資格確認	1 全部事項証明書(戸籍謄本) 2 登記事項証明書 3 その他( )				

私は、上記のとおり個人情報の開示を請求します。

令和〇年 〇 月 〇 日

請求者

氏 名 任意代理人 氏名

患者との関係 任意代理人

住 所 △△△△△

電 話 番 号 ×××-×××-×××(任意代理人)  
□□□-□□□-□□□(患者本人)

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して、貴院が保有する私の個人情報が開示されることを委任します。

患者本人(自署)

電話番号については、患者本人の方に確認をさせていただきますので、任意代理人の方の電話番号と患者本人の方に連絡が取りやすい電話番号を併記して下さい。

本人委任状の記載については、必ず直筆で本人が記載されるか、又は委任状(任意の様式でも可)の原本を添付して下さい。

注) 1 身分証明書等をお持ちでなく、請求者の身分確認ができない場合は、受け付けできません。  
2 代理人へ開示を行う場合、事前に患者本人へ開示を行う旨の説明をしますので、必ず本人の了解を得たうえ、請求してください。  
3 開示手数料(1,100 円)は請求受付時にお支払いいただきます。複写を希望される場合は開示実施手数料(実費相当額)を複写のお渡し時にお支払いいただきます。

## 個人情報に関する開示請求書(見本)

大分県済生会日田病院  
院長 林 田 良 三 殿

\* 患者 ID

-

個人情報の開示を希望する患者氏名等	(フリガナ) 患者氏名	サイセイカイ タロウ 済生会 太郎				
	住 所	大分県日田市大字三和 643 番地の 7				
	生年月日	明 大 昭 平 令 30 年 1 月 1 日 生まれ				
開示を希望する項目等 (該当するものの番号を○印で囲み、詳細を記入) ※他の医療機関等、第三者から提供された情報・文書等は原則として開示対象外としています	診療記録等	1	診療録(カルテ)	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)	閲覧	複写
		2	検査記録、検査報告書等	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		
		3	付随する他の諸記録	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		
		4	画像診断フィルム	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		
	その他					
* 当院使用	請求者・本人確認	1 運転免許証 2 マイナンバーカード 3 パスポート 4 写真付き住民基本台帳カード 5 その他( )・( )				
	請求者・資格確認	1 全部事項証明書(戸籍謄本) 2 登記事項証明書 3 その他( )				

私は、上記のとおり個人情報の開示を請求します。

令和〇年 〇 月 〇 日

請 求 者

〇〇法律事務所

氏 名 弁護士 〇〇 〇〇

患者との関係 任意代理人

住 所 △△△△△

電 話 番 号 ×××-×××-×××(法律事務所)  
□□□-□□□-□□□(患者連絡先)

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して、貴院が保有する私の個人情報が開示されることを委任します。

患者本人(自署)

注) 1 身分証明書等をお持ちでなく、請求者の身分確認ができない場合は、受け付けできません。  
2 代理人へ開示を行う場合、事前に患者本人へ開示を行う旨の説明をしますので、必ず本人の了解を得たうえ、請求してください。  
3 開示手数料(1,100 円)は請求受付時にお支払いいただきます。複写を希望される場合は開示実施手数料(実費相当額)を複写のお渡し時にお支払いいただきます。

## 個人情報に関する開示請求書(見本)

大分県済生会日田病院  
院長 林 田 良 三 殿

\* 患者 ID

—

個人情報の開示を希望する患者氏名等	(フリガナ) 患者氏名	サイセイカイ タロウ 済生会 太郎				
	住 所	大分県日田市大字三和 643 番地の 7				
	生年月日	明 大 昭 平 令 30 年 1 月 1 日 生まれ				
開示を希望する項目等 (該当するものの番号を○印で囲み、詳細を記入) ※他の医療機関等、第三者から提供された情報・文書等は原則として開示対象外としています	診療記録等	1	診療録(カルテ)	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)	閲覧	複写
		2	検査記録、検査報告書等	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		○
		3	付随する他の諸記録	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		○
		4	画像診断フィルム	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		○
	その他					
* 当院使用	請求者・本人確認	1 運転免許証 2 マイナンバーカード 3 パスポート 4 写真付き住民基本台帳カード 5 その他( )・( )				
	請求者・資格確認	1 全部事項証明書(戸籍謄本) 2 登記事項証明書 3 その他( )				

私は、上記のとおり個人情報の開示を請求します。

令和〇年 〇 月 〇 日

## 請求者

氏 名 済生会 次郎

患者との関係 父親

住 所 △△△△△

電 話 番 号 ×××-×××-×××(法定代理人)  
□□□-□□□-□□□(患者本人)

## (本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して、貴院が保有する私の個人情報が開示されることを委任します。

患者本人(自署)

注) 1 身分証明書等をお持ちでなく、請求者の身分確認ができない場合は、受け付けできません。  
2 代理人へ開示を行う場合、事前に患者本人へ開示を行う旨の説明をしますので、必ず本人の了解を得たうえ、請求してください。  
3 開示手数料(1,100 円)は請求受付時にお支払いいただきます。複写を希望される場合は開示実施手数料(実費相当額)を複写のお渡し時にお支払いいただきます。

## 個人情報に関する開示請求書(見本)

大分県済生会日田病院  
院長 林 田 良 三 殿

\* 患者 ID

—

個人情報の開示を希望する患者氏名等	(フリガナ) 患者氏名	サイセイカイ タロウ 済生会 太郎				
	住 所	大分県日田市大字三和 643 番地の 7				
	生年月日	明 大 昭 平 30 年 1 月 1 日 生まれ				
開示を希望する項目等 (該当するものの番号を○印で囲み、詳細を記入)	診療記録等	1	診療録(カルテ)	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)	閲覧	複写
		2	検査記録、検査報告書等	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		
		3	付随する他の諸記録	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		
		4	画像診断フィルム	※必要な内容をご記入下さい (例: 令和〇年〇月〇日~〇月〇日入院分等)		
	その他					
* 当院使用	請求者・本人確認	1 運転免許証 2 健康保険証 3 パスポート 4 印鑑証明書 5 その他( )				
	請求者・資格確認	1 全部事項証明書(戸籍謄本) 2 登記事項証明書 3 その他( )				

私は、上記のとおり個人情報の開示を請求します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

請 求 者

氏 名 済生会 花子

患者との関係 長女

住 所 大分県日田市大字三和 643 番地の 7

電 話 番 号 XXX-XXXX-XXXX

## (本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して、貴院が保有する私の個人情報が開示されることを委任します。

患者本人(自署)

注) 1 身分証明書等をお持ちでなく、請求者の身分確認ができない場合は、受け付けできません。  
2 代理人へ開示を行う場合、事前に患者本人へ開示を行う旨の説明をしますので、必ず本人の了解を得たうえ、請求してください。  
3 開示手数料(1,100 円)は請求受付時にお支払いいただきます。複写を希望される場合は開示実施手数料(実費相当額)を複写のお渡し時にお支払いいただきます。