

個人情報に関する開示請求書

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				
	住 所				
	生年月日		明 大 昭 平 令 年 月 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)		
		2	検査記録、検査報告書等		
		3	付随する他の諸記録		
		4	画像診断フィルム		
	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。

年 月 日

請 求 者

氏 名

患者との関係

住 所

電 話 番 号

(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。