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 |  |  | 診療日、部位、内容等の指定 | 閲覧 | 複写 |
| 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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　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。 |