

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人新青会 川口工業総合病院
 病院長 殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ	
	患者氏名	
	ID 番号	
	住所	
	生年月日	
開示を希望する 記録等 (該当するものの 番号を○で囲む)		診察日・部位等
	1. 診療記録のすべて 2. 診療録 3. 検査結果・検査成績表 4. エックス線写真 5. 看護記録 6. 病理解剖報告書 7. その他	

氏 名 (印)

請求者
(自署)

患者との関係

住 所

電 話 番 号

※請求者が代理人の場合は、「代理人確認書」または任意書式の委任状もしくは同意書を併せて提出して下さい。

院長	副院長	事務部長	担当医	受付	費用徴収	受取り方法	備考
					未・済	来院 郵送	